



Maintien à domicile du sujet âgé : pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gériatrie

Nadia Ben Saad Azim

► To cite this version:

Nadia Ben Saad Azim. Maintien à domicile du sujet âgé : pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gériatrie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01362264

HAL Id: dumas-01362264

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01362264>

Submitted on 8 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2016

THÈSE

Pour l'obtention du

Diplôme d'État de Docteur en Médecine

MAINTIEN À DOMICILE DU SUJET ÂGÉ : PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET APPORT DES RÉSEAUX DE GÉRONTOLOGIE

Présentée et soutenue publiquement le 03/05/2016 par

Nadia BEN SAAD AZIM

Née le 04 Juillet 1980 à RABAT- MAROC (99)

Président du Jury	Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER
Membres du Jury	Monsieur le Professeur Jean Gabriel FUZIBET
	Monsieur le Professeur Christian PRADIER
Directeur de Thèse	Monsieur le Docteur Gérard LAPORTE

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires.

BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HAR TER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIÈRE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIÈME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie –Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIÈME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Qui me fait l'honneur de présider mon jury.

Merci pour la gentillesse et le soutien que vous m'avez témoigné, tout au long de mon parcours d'interne et lors de la réalisation de ce projet.

A Monsieur le Professeur Jean Gabriel FUZIBET,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Christian PRADIER,

Je suis heureuse de vous compter parmi les membres de mon jury.

Merci pour votre aide précieuse et votre investissement dans notre formation.

A Monsieur le Docteur Gérard LAPORTE,

Qui a accepté de relever le défi de diriger cette thèse.

Merci de l'indéfectible confiance que vous m'avez témoigné depuis le début,

Veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A mes chers parents et mes chers beaux parents,

*Qui m'ont offert, par leurs nombreux sacrifices, la possibilité de réaliser mon rêve,
Qui ont toujours été présents, sur qui je pourrai toujours compter,
Qui m'ont soutenue, écoutée, comprise et rassurée durant ces longues et difficiles années,
Merci de tout cœur, je vous aime.*

A mon mari,

*Pour tes encouragements et ton soutien inébranlable dans la réalisation de ce travail,
Pour l'Amour et la Tendresse dont tu me fais don chaque jour.
Merci pour ton soutien, ta bonne humeur et ta joie de vivre.*

A mes enfants,

Pour la joie qu'ils m'apportent au travers de tous les instants partagés avec eux.

A ma sœur, mes frères et beaux frères,

*Qui n'ont jamais manqué une occasion de me faire rire, de me soutenir
Et qui savent si bien le faire.*

A mes nièces et mon neveu.

Pour leur gentillesse et leur sincérité.

A mes maîtres de stage

Qui m'ont fait découvrir la médecine générale dans toute sa richesse.

Aux équipes de la clinique les sources et de CRONOSS 06

*Qui m'ont fait encore plus aimer la gériatrie,
Qui m'ont confortée dans mon choix d'exercice de la médecine générale.*

A mes amis de l'internat de l'Archet, à Alexandra, Karine et Sarah,

Aux médecins généralistes qui ont participé à cette étude,

*Merci pour votre investissement,
Sans vous, ce travail n'aurait pas été réalisable.*

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADL: Activities of Daily Living, activités de la vie quotidienne

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources

ALD: Affection Longue Durée

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

APA: Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS: Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRONOSS 06 : Coordination en Réseau d'Organisation Niçois pour l'Optimisation des Soins aux Seniors

DRESS: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EGS: Évaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD: Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes

GDS : Geriatric Depression Scale, Échelle Gériatrique de Dépression

GIR: Groupe Iso Ressource

HAD : Hospitalisation à Domicile

HIS: Handicap Santé Institution

HSM: Handicap Santé Ménage

IADL: Instrumental Activities of Daily Living, activités instrumentales de la vie quotidienne

IRIS : Fond d'Intervention Régionale pour l'Investissement Social

INSEE: Institut National des Études Économiques

MAD: Maintien à domicile

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

PACT : Protection, Amélioration, Conservation, Transformation de l'habitat

PSD: Prestation Spécifique de Dépendance

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

USLD: Unité de Soins Longue Durée

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
MAINTIEN À DOMICILE DU SUJET AGÉ.....	15
I. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : ÉTAT DES LIEUX.....	15
II. PARTICULARITÉS DU SUJET ÂGÉ : LA FRAGILITÉ.....	19
III. LES ACTEURS DU MAINTIEN À DOMICILE	24
A. Les aidants naturels	24
B. Les aidants professionnels.....	25
1. Le secteur sanitaire	25
a. Les intervenants à titre libéral.....	25
b. Les services organisés	26
2. Le secteur social	28
3. Exemple de la plateforme C3S: Centre de Soutien Social	30
IV. FINANCEMENT DES AIDES À DOMICILE	32
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	33
I. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	33
A. Choix du type d'étude	33
B. Justification du choix du type d'étude.....	33
II. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	34
A. Choix des médecins participants	34
B. Élaboration du guide d'entretien.....	35
C. Réalisation des entretiens	36
D. Méthodologie de l'analyse des entretiens.....	37
III. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	38
RÉSULTATS.....	39
I. DONNÉES STATISTIQUES	39
A. Sélection des participants à l'étude	39
B. Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants.....	39
C. Données statistiques des entretiens réalisés.....	42
II. ANALYSE DU DISCOURS	44
A. Pratiques des médecins participants vis-à-vis du maintien à domicile	44
B. Difficultés rencontrées par les médecins participants lors du maintien à domicile	48
C. Apport des réseaux de gériatrie.....	50

D.	Inconvénients des réseaux de gérontologie.....	52
E.	Proposition pour améliorer les réseaux de gérontologie	52
F.	Proposition pour améliorer le maintien à domicile.....	56
DISCUSSION		60
I.	INTÉRÊT GÉNÉRAL DU TRAVAIL.....	60
II.	MÉTHODOLOGIE UTILISÉE.....	61
III.	RÉSULTATS OBTENUS AVEC REVUE DE LA LITTÉRATURE	63
CONCLUSION		72
BIBLIOGRAPHIE		74
ANNEXE		79
	GUIDE DES ENTRETIENS.....	79
SERMENT D'HIPPOCRATE.....		85
RÉSUMÉ		86

INTRODUCTION

Au cours de mon stage au service des urgences de Saint Roch, j'étais souvent confrontée, dans les courriers médicaux, aux termes de "maintien à domicile impossible" à propos d'une personne âgée. Cependant, cette expression recouvrait deux notions distinctes : un maintien à domicile transitoirement impossible (en raison d'une pathologie aiguë nécessitant des soins spécialisés) ou un maintien à domicile impossible de manière définitive (en raison d'une pathologie chronique invalidante, avec des soins au quotidien devenant trop lourds et nécessitant une entrée en institution). Les urgences sont devenues la porte d'entrée de l'institutionnalisation face à des familles et des aidants « au bout du rouleau ». Ils ne sont pas suffisamment renseignés sur les aides qui seraient disponibles et qui pourraient être mises à leur disposition.

Parallèlement, la tâche du médecin traitant s'alourdit. Il se perd face aux demandes d'affection de longue durée, d'arrêt de travail et d'autres formalités administratives, ne lui laissant que peu de temps pour évaluer ces patients âgés et fragiles.

Lors de mes remplacements, j'étais confrontée non seulement à la difficulté éprouvée par les médecins traitants dans leur pratique quotidienne relative à la prise en charge d'un patient âgé, mais aussi à celle plus large concernant la coordination des soins autour. J'appréhendais beaucoup la situation aiguë avec « la mise en place des aides à domicile » et j'adressais souvent à l'hôpital. A partir de là, mon sujet de thèse était une évidence, afin de collecter toutes les informations utiles pour le maintien des personnes âgées à domicile. De plus, le stage dans la structure de CRONOSS 06 m'avait aidé à connaître le monde des réseaux de gériatrie avec toutes les possibilités qu'il offre, pour une prise en charge optimale des patients âgés à domicile.

Actuellement, la circulaire ministérielle de 2002, reprise par celle de 2007 [34], prône l'amélioration de la filière gériatrique. Son but est d'offrir le parcours le plus adapté à une personne âgée lors d'un besoin de soin. Dans ce parcours, les urgences n'apparaissent pas comme un lieu privilégié.

De plus, le développement des réseaux de gériatrie permet de repérer, pour les patients qui en bénéficient, le moment où l'entrée en institution devient incontournable. Cela permet de préparer cette entrée en évitant aux patients, ainsi qu'à leur famille, de se retrouver dans une situation de crise les conduisant aux urgences.

Le rôle du médecin généraliste est primordial dans l'orientation des patients et il est valorisé dans la filière gériatrique [34]. En effet, le médecin généraliste connaît plus le patient et son environnement, il peut donc le conseiller au mieux. Néanmoins, il n'est pas toujours aisé de repérer les signes précoces de difficultés à domicile, en raison du manque de temps lors des visites. C'est là où les intervenants de la filière gériatrique trouvent leur champ d'action, sollicités par le médecin traitant, ou par la famille de la personne âgée, pour une prise en charge globale.

Dans le rapport d'étude de l'INSEE avec le Conseil Général des Alpes-Maritimes de 2009 [18], le département comptait 1 087 863 habitants, dont 300 000 personnes environ âgées de plus de 60 ans et plus de 40 000 personnes de plus de 85 ans. Les personnes âgées sont domiciliées très majoritairement sur le littoral (95 %) et 95 000 vivent seules à domicile (dont 71 000 femmes et 24 000 hommes). Le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans représente 28 % de la population totale, ce qui situe le département des Alpes-Maritimes au-dessus des moyennes, nationale et régionale. Des estimations réalisées par l'INSEE indiquent qu'à l'horizon 2020, environ 13 000 personnes de 85 ans ou plus seront potentiellement dépendantes dans ce département.

L'estimation pertinente des besoins des personnes dépendantes peut être déterminée par le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et bénéficiant de l'APA à domicile. D'un point de vue quantitatif, en 2010, 14 000 personnes (âgées de plus de 60 ans), dont 7000 sur la ville de Nice, bénéficiaient de l'APA.

Un projet de loi d'orientation et de programmation, tendant à anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques, était adopté en septembre 2014. Ce projet de loi [21] présenté au Conseil des ministres, formation collégiale réunissant l'ensemble des ministres, par Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, et Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie, était adopté en première lecture par l'Assemblée nationale. Il repose sur trois piliers :

- Anticiper pour prévenir la perte d'autonomie (favoriser le maintien à domicile, actions de prévention, plan national de prévention du suicide des personnes âgées, mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des personnes âgées - MONALISA). La priorité est donnée au maintien à domicile quand il est souhaité par la personne âgée.

- Adapter les politiques publiques au vieillissement (adaptation des logements, modernisation des résidences d'autonomie, intégration des problématiques du vieillissement dans les programmes locaux d'habitat et dans les plans de déplacement urbain, etc.). L'effort d'adaptation des logements privés sera porté par l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH).
- Améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie (protection des droits et libertés des personnes âgées, réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soutien des proches aidants). La réforme de l'APA s'inscrit dans la refondation de l'aide à domicile. Ces plafonds seront valorisés afin d'augmenter le niveau d'aide des personnes âgées à domicile. Le ticket modérateur sera également réduit.

Ainsi, toutes les politiques prônent la solution du maintien à domicile et tous les gestionnaires adaptent leur savoir faire dans ce sens.

Nous développerons dans ce travail, dans la première partie, les particularités des personnes âgées avec le syndrome de fragilité et sa prise en charge, et les aides mises à leur disposition pour les maintenir à domicile. Dans la seconde partie, nous verrons les pratiques des médecins généralistes lors du maintien à domicile de leurs patients âgés et le rôle des réseaux de gériatrie auprès du médecin, afin de faciliter et d'optimiser cette prise en charge ; puis une revue de la littérature sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors du maintien à domicile.

MAINTIEN À DOMICILE DU SUJET AGÉ

I. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : ÉTAT DES LIEUX

Selon les études de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2015, il y avait 11 950 000 personnes environ âgées de plus de 65 ans en France. Ce nombre devrait atteindre 23 millions en 2060, soit une hausse considérable en moins de 45 ans. C'est entre 2006 et 2035 que l'accroissement serait le plus fort, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses qui sont issues du baby-boom, nées entre 1946 et 1975. Entre 2035 et 2060, cette croissance se stabiliserait [17].

On considère qu'en 2005, 20,8 % de la population était âgée de plus de 60 ans en France métropolitaine, soit un habitant sur cinq. Cette proportion devrait atteindre 30,6 % en 2035 et 31,9 % en 2050, soit un habitant sur trois [17].

Le vieillissement est inéluctable car inscrit dans la pyramide des âges actuelle. L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fera qu'accentuer ce vieillissement. En effet, même si l'espérance de vie devait se stabiliser à son niveau de 2005, environ 4 mois par année de vie, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus devrait augmenter d'environ 30 %, entre 2005 et 2050 [31].

Parallèlement, cette progression pose le problème de la prise en charge médico-sociale. En effet, la population grandissante est de fait fragilisée à plusieurs égards ; non seulement en termes de sécurité mais aussi en termes de prévalence des maladies liées à l'avance en âge et des maladies chroniques.

Le vieillissement s'accompagne souvent de fragilité et de perte consécutive et progressive d'autonomie. Cette fragilité s'exprime volontiers, sur le plan épidémiologique, à partir de 75 ans et correspond à l'expression de déficience touchant un ou plusieurs organes.

Actuellement, la prise en charge systématique en institution n'est pas souhaitée par cette génération, pour de multiples motifs, notamment culturels. En conséquence, les patients souhaitent réduire la durée de leurs séjours hospitaliers, voire être pris en charge totalement en dehors des structures hospitalières.

De plus, la prise en charge d'un nombre croissant de patients âgés, en milieu hospitalier ou en institutions spécialisées, n'est pas envisageable et ce pour plusieurs raisons : d'une part à cause des coûts structurels et des contraintes économiques et d'autre part du fait de la faible capacité d'accueil et du déficit du personnel soignant. Notant qu'en 2011, cette tranche de population absorbait près de 42 % [33] du budget de la santé.

Selon l'enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM 2008) – INSEE / calculs DREES avec données pondérées [9] :

Tableau 1

**Répartition par âge des personnes dépendantes
au sens de l'APA vivant en logement ordinaire.**

Age de la personne	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
60 à 69 ans	1%	19%	18%	62%	100%
70 à 79 ans	1%	20%	19%	60%	100%
80 à 89 ans	3%	16%	26%	55%	100%
90 ans et plus	4%	26%	35%	35%	100%
Ensemble	3%	19%	24%	54%	100%

- 24 % des personnes vivant à domicile ont un GIR estimé à 3 ; donc elles sont dépendantes au sens de l'APA ;
- 35 % des personnes dépendantes au sens de l'APA âgées de plus de 90 ans et vivant en logement ordinaire sont en GIR 4 ;
- 83 % des personnes âgées de 60 ans ou plus, vivant en logement ordinaire et ayant une estimation-GIR égale à 3 ou 4, se déclarent fortement limitées dans les activités de la vie quotidienne ;
- 14 % des personnes âgées de 60 ans ou plus, vivant en logement ordinaire et ayant une estimation-GIR égale à 4, reçoivent une aide régulière de professionnels en l'absence d'aide de leur entourage, que celle-ci soit une aide dans les tâches de la vie quotidienne, une aide financière ou un soutien moral.

Le vieillissement de la population et ses conséquences sur la perte d'autonomie des personnes âgées s'annoncent comme l'un des défis majeurs de ce siècle. Il faut donc imaginer des moyens originaux pour améliorer la vie des personnes âgées confrontées, à leur domicile, à une perte progressive de leur autonomie. Dans ce sens, les réseaux gérontologiques paraissent comme une alternative intéressante.

Pour les personnes âgées encore indépendantes, vivant seules à domicile, mais dans une tranche d'âge où le risque de perte d'autonomie est élevé, il peut s'avérer nécessaire d'avoir un système de suivi pour observer l'évolution de leur niveau de fragilité et de dépendance et provoquer ainsi une alerte, en cas de perte d'autonomie. À travers ce suivi, si des limitations fonctionnelles sont détectées tôt et appréhendées par des interventions appropriées, la personne âgée aura des chances accrues de récupération et pourra ainsi se maintenir dans un vieillissement réussi.

Tableau 2

Effectifs par estimation-GIR et lieu de vie (effectifs pondérés)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	TOTAL
Personnes vivant à domicile	22 000	166 000	208 000	478 000	556 000	11 756 000	13 186 000
Personnes résidants en institution	88 000	156 000	83 000	98 000	38 000	43 000	506 000
Total	110 000	322 000	291 000	576 000	594 000	11 799 000	13 692 000

Selon cette même enquête [9], on dénombre plus de 13 millions de personnes âgées vivant à domicile en 2008, dont 93% sont autonomes en fonction de leur GIR.

Pour évaluer le nombre de lits nécessaires à l'accueil des personnes âgées, il convient de tenir compte non seulement des projections démographiques, mais aussi de la politique de prise en charge de ces personnes. Autrement dit, il est opportun de savoir si l'on favorise le maintien à domicile ou plutôt l'admission en institution.

L'INSEE a proposé plusieurs scénarios de prise en charge des personnes âgées et a comparé les besoins en hébergement par rapport aux disponibilités actuelles [20] :

- Si une politique favorisant le maintien à domicile est retenue, le nombre actuel de places en institution sera suffisant (les besoins seront en diminution par rapport à l'offre).
- En revanche, si une politique d'entrée en institution est retenue, il faudra augmenter le nombre actuel de places. Ceci posera des problèmes car cette augmentation supposera, entre autre, le recrutement du personnel soignant.

- Par ailleurs, en dehors du nombre de places, il conviendra de modifier le parc existant, car une politique favorisant les aides à domicile, en maintenant les personnes le plus longtemps chez elles, entraînerait un degré de dépendance plus élevé au moment de l'entrée en institution.

En attendant, le maintien à domicile des personnes âgées semble être une bonne alternative pour diminuer cette pression. Il s'inscrit dans le sens d'une recherche d'amélioration des conditions de vie. Il permet à la personne concernée de préserver au maximum ses liens familiaux et sociaux, de conserver son environnement et de bénéficier d'un maximum d'indépendance.

« Le domicile est porteur de fonctions symboliques complexes. Une des plus évidentes est celle d'enracinement, de retour à ses repères. Le malade retrouve son “chez soi” où il pourra se construire et se reconstruire, sécurisé par son entourage, ses projections, ses souvenirs, son histoire de vie qui a façonné son milieu de vie », dit Jean-Marie GOMAS [13] dans le Manuel des soins palliatifs.

II. PARTICULARITÉS DU SUJET ÂGÉ : LA FRAGILITÉ

Il faut distinguer 3 types de vieillissement [2]:

- **Le vieillissement pathologique** : c'est un vieillissement où un ou plusieurs organes, une ou plusieurs grandes fonctions physiologiques, sont altérés et de façon prévalente, avec l'avance en âge.

- **Le vieillissement avec succès**, à l'inverse, c'est la forme idéale de vieillissement. Les situations morbides y sont rares voir absentes, sans incapacités majeures ou simplement sous forme d'incapacités mineures liées au vieillissement. La personne âgée sait trouver des moyens directs ou indirects pour s'adapter ou pour compenser ces incapacités.

- **Le vieillissement usuel**, situation intermédiaire, se caractérise par une fragilité et un déclin fonctionnel. La fragilité peut être grossièrement définie comme un état instable correspondant à une sous population de personnes âgées soumises à une désadaptation des systèmes homéostasiques. Ceci aboutit à un déficit progressif des fonctions physiologiques et cellulaires, avec une diminution des capacités de réserve et une limitation précoce et insidieuse des aptitudes relationnelles et sociales. Cette limitation représente souvent le premier signe tangible d'une vulnérabilité avec une diminution des aptitudes à faire face. La survenue d'un facteur mineur, comme une pathologie même bénigne ou un stress exogène, peut alors engendrer un état morbide incapacitant non proportionnel à l'agression initiale [1].

FRIED et coll. ont défini 5 critères largement utilisés actuellement dans les études cliniques pour caractériser les patients fragiles. Ils reposent essentiellement sur l'analyse de la composante physique de la fragilité et comprennent [14]:

- La perte de poids > 4,5 Kg / an,
- La faible vitesse de marche < 0.76 m / sec,
- La baisse de la force musculaire,
- La fatigue et le ressenti d'épuisement général
- La diminution de l'activité physique et de la dépense énergétique.

Un patient est considéré comme fragile s'il présente plus de 3 sur 5 des critères précédents.

De nombreuses études ont montré l'efficacité de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) pour dépister la fragilité et quantifier la dépendance. L'EGS nécessite souvent la collaboration d'une équipe pluridisciplinaire (médecin gériatre, infirmière, assistante sociale, psychologue, kinésithérapeute...). Cette démarche évalue de façon globale l'état de la personne âgée (sur le plan médical, fonctionnel, psychosocial et environnemental), ce qui permet de proposer une prise en charge globale et un suivi adapté.

L'état de santé des personnes âgées peut être amélioré, de façon considérable, quand on identifie les problèmes médicaux et psychosociaux. Sachant que ces personnes ont besoin d'une approche diagnostique et thérapeutique spéciale, interdisciplinaire et plus large que celle des patients jeunes, l'outil EGS a été envisagé pour obtenir une approche globale et fonctionnelle. Ce dernier intègre les notions de fonctions, de capacités restantes, de palliation et d'accompagnement.

Développée au départ pour les hôpitaux et les établissements de convalescence, l'EGS peut être pratiquée en médecine de ville. Elle utilise quelques outils simplifiés mais validés sur le plan international, permettant d'appréhender le statut cognitif, nutritionnel, thymique, ou encore l'autonomie et le risque de chute. Ainsi, l'EGS comprend:

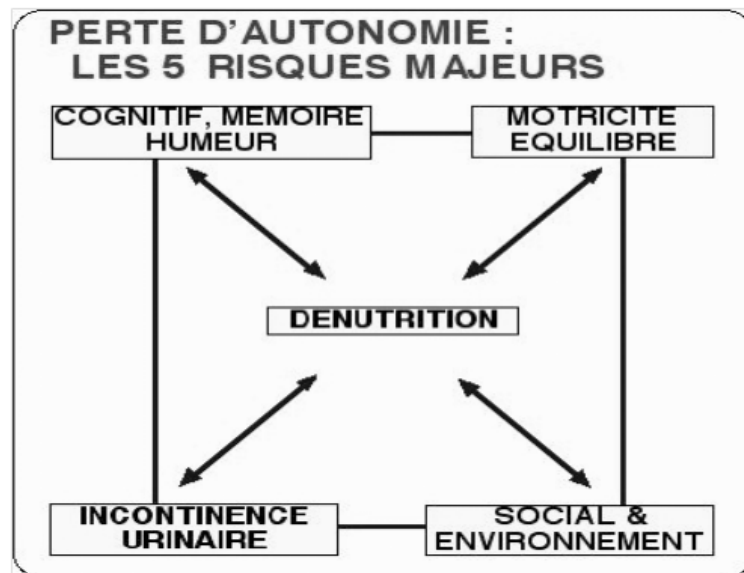
- L'évaluation situationnelle et sociale ;
- L'évaluation cognitive avec le MMSE ;
- Le test de l'horloge ;
- La balance émotionnelle avec l'échelle GDS ;
- L'évaluation nutritionnelle avec l'échelle MNA ;
- L'évaluation de la qualité de vie avec l'échelle IRIS ;
- L'échelle ADL des activités de la vie quotidienne ;
- L'échelle IADL des activités instrumentales de la vie quotidienne ;
- L'évaluation de la motricité et de l'équilibre ;
- Le test des cinq mots de Dubois ;
- L'évaluation de la douleur ;
- La grille AGGIR.

L'EGS vise ainsi à identifier l'ensemble des problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux des sujets âgés et ce, dans le but d'établir un projet de prise en charge à court, moyen voir long terme. L'objectif principal est de dépister les facteurs prédictifs d'une perte d'autonomie, d'envisager des stratégies préventives, de proposer des solutions pour améliorer ou préserver l'état de santé et en suivre l'évolution dans le temps. L'EGS, en intégrant les différents aspects de la fragilité, est un outil global. Ses avantages

résident dans la standardisation des résultats et du vocabulaire et dans son caractère de reproductibilité.

Figure 1

Les 5 risques majeurs aboutissant à la perte d'autonomie



La prévention de la fragilité et de ses conséquences devient un défi pour les pays à population vieillissante ; elle s'applique à la fois aux champs biologique, psychologique et sociologique. Plusieurs actions préventives pourraient être engagées :

- **Prise en charge des troubles de la marche et de l'équilibre** par la pratique d'exercices physiques adaptés et la marche quotidienne permettent de renforcer les muscles et les articulations, diminuant ainsi le nombre de chutes.

La prévention des chutes et de leurs complications nécessite [7]:

- La mise en place de programmes spécifiques de rééducation fonctionnelle (travail de l'équilibre et de la coordination, renforcement musculaire) et la pratique d'exercices physiques à domicile,
- La correction des déficits sensoriels par la pose de prothèses auditives ou visuelles [32] ;

- La réduction des médicaments à tropisme neuropsychique : anxiolytiques, antidépresseurs ou neuroleptiques susceptibles d'entraîner un ralentissement idéomoteur, hypotension orthostatique ou somnolence et de précipiter les chutes.
- L'intervention d'un ergothérapeute pour l'aménagement du domicile et l'amélioration de l'éclairage.
- La lutte contre l'ostéoporose et la supplémentation en Calcium - vitamine D permettent de réduire le nombre de chutes et de fractures qui en résultent.
- La prescription de kinésithérapie de prévention primaire est recommandée après une évaluation par un test tel que l'épreuve de TINETTI. Elle est également indispensable en prévention secondaire afin d'éviter le syndrome post-chute, cause fréquente de l'altération de l'autonomie.

- ***Prévention des risques cardio-vasculaires.***

- ***Prise en charge de la dénutrition*** : elle représente un facteur pronostique important chez la personne âgée. Les facteurs nutritionnels ont un rôle déterminant pour limiter la survenue des pathologies liées au vieillissement et la perte d'autonomie chez la personne âgée [15].

Des mesures simples et efficaces peuvent être proposées: fractionnement des repas, service dans une atmosphère conviviale, suppression des régimes trop restrictifs, introduction de graisses végétales au lieu des graisses animales, introduction de fruits et légumes pour leurs apports en vitamines A, C, E et leurs pouvoirs antioxydants, introduction de laitage et si nécessaire, un apport en vitamines ou oligoéléments comme compléments nutritionnels.

- ***Prise en charge des troubles du comportement*** par la recherche des troubles psycho-comportementaux, dès les premiers signes d'appel. Elle comprend l'évaluation des fonctions supérieures par le MMSE et la recherche d'états anxio-dépressifs. La prise en charge par une orthophoniste ou un gériopsychiatre peut s'avérer utile.

- ***Prévention de l'isolement*** par la lutte contre le sentiment de solitude et la fréquentation des associations et des clubs du troisième âge.

La prévention de ces différents problèmes, associée à la lutte contre l'incontinence urinaire notamment par la lutte contre l'immobilité, contribuerait à améliorer la prise en charge des pathologies des sujets âgés fragiles.

Pour conclure le thème de la fragilité, on retrouve dans le tableau suivant (Tableau 5) un récapitulatif très didactique des signes cliniques, physiques et psychoaffectifs de la « Fragilité » recensés par J. BANET. [3].

Tableau 3

Signes cliniques, physiques et psychoaffectifs de la fragilité.

Dimensions	Signes Cliniques
État civil	1/ âge élevé, supérieur à 85 ans 2/ sexe féminin
Habitudes de vie et habitus	1/ sédentarité, tendance au confinement 2/ fatigue, asthénie, fatigabilité
Profil psychoaffectif et cognitif	1/ difficultés cognitives (réalisation des activités instrumentales de la vie quotidienne - IADL, oubli à mesure) 2/ fragilité de la balance émotionnelle, dépression ou antécédent de dépression, sentiment d'angoisse 3/perte d'entrain, démotivation, désinvestissement, repli sur soi, réduction des activités 4/ mauvaise perception de son état de santé, confusion mentale
Fonction cardio-vasculaire	1/ inactivité, absence d'activité physique 2/ déconditionnement à l'effort, faible tolérance à l'effort, diminution de l'endurance
Fonction neuro-locomotrice	1/ troubles de la marche (marche à petits pas, démarche ralentie) et de l'équilibre (instabilité posturale, peur de tomber) 2/ chutes à répétition, impossibilité de se relever seul 3/ faiblesse musculaire, diminution de la force musculaire, amyotrophie 4/ faible densité minérale osseuse
État nutritionnel et alimentaire	1/ sarcopénie 2/ anorexie 3/ poids faible, perte de poids non intentionnelle, faible index de masse corporelle
Fonctions sensorielles	1/ troubles des organes sensoriels mal compensés (ouïe, vision, goût, odorat) 2/ troubles de la proprioception
Profil socioprofessionnel	1/ pauvreté ou diminution des interactions sociales (activités sociales, relations interpersonnelles) 2/ dispersion familiale, faible support social (solitude, veuvage), isolement rural 3/ absence de visite des enfants, sentiment de solitude 4/ logement inadéquat 5/ faibles revenus, pauvreté
Médications	1/ polymédication (> 4 médicaments) 2/ prise de médicaments sédatifs ou anxiolytiques 3/ intolérance médicamenteuse
Autres	1/ besoin d'une aide pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (ADL) 2/ incontinence 3/anomalies métaboliques, déficience rénale et/ou hépatique 4/ escarres 5/ douleurs 6/ nécessité d'une contention

III. LES ACTEURS DU MAINTIEN À DOMICILE

Le maintien à domicile d'une personne âgée, consiste à mettre en place des dispositifs pour lui permettre de vivre à son domicile, et ce malgré un état de dépendance physique ou mental, rendant difficile l'exécution des actes de la vie quotidienne.

Selon l'enquête Handicap-Santé, volets ménages (HSM 2008) et volet institution (HSI 2009), on observe que le nombre de personnes âgées vivant à domicile est important, malgré leur niveau de dépendance [9].

En faisant la synthèse entre l'offre de soins et les nombreux prestataires existants, les acteurs du MAD sont :

A. Les aidants naturels

Le rôle de la famille est primordial. L'entourage constitue la clé du maintien à domicile. La présence de la famille est incontestablement un gage de réussite et de sécurité, lors du maintien à domicile.

L'aidant se définit comme la « personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne ». Par sa présence, l'aidant joue un rôle d'accompagnateur du quotidien du patient (transport, courses, repas, gestion, toilette, mobilisation...). Par son affection, il incarne l'assurance d'une présence humaine régulière (contre le risque de chute, le sentiment de solitude, pour la prise des médicaments...) [26].

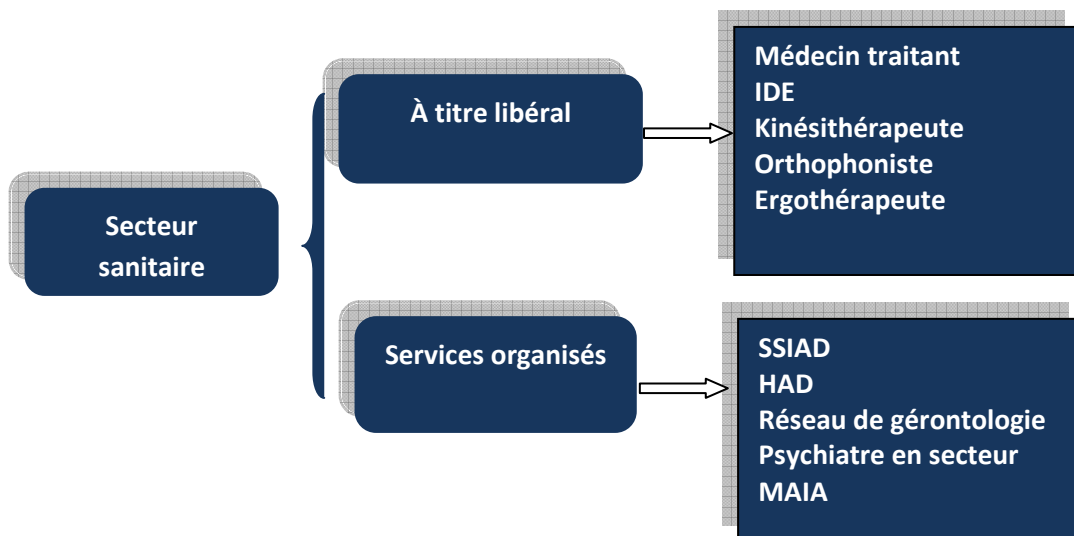
Souvent, l'aidant référent est celui qui alerte le médecin traitant et le prévient en cas de changement dans la situation clinique. Dans certain cas, le voisinage et les amis jouent le rôle de l'aidant principal.

B. Les aidants professionnels

La perte d'autonomie peut faire déborder la disponibilité du réseau de solidarité ou encore, être l'expression d'un conflit ou d'un dysfonctionnement familial. Il est alors nécessaire de proposer l'intervention d'aidants extérieurs, professionnels, susceptibles de compléter l'action des aidants naturels.

Quand la perte d'autonomie est une menace pour la sécurité ou la dignité humaine du sujet âgé, une médicalisation de l'aide devient indispensable pour les soins de base : hygiène, habillage, alimentation, délivrance des traitements. Une équipe soignante intervient en complément ou en suppléance de la famille.

1. Le secteur sanitaire



a. Les intervenants à titre libéral

– **Le médecin traitant** est le pivot central dans l'organisation des soins à domicile. Il prescrit les traitements et coordonne l'intervention des professionnels paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute, auxiliaire de vie...). Le rôle du médecin référent est de travailler en partenariat avec l'entourage du patient et de le guider [24]. Son rôle est aussi préventif (prévention de la perte d'autonomie, de la maltraitance, de l'épuisement de l'aidant, de la dénutrition...).

- **L'infirmière diplômée d'État (IDE)** assure le relai entre le patient et le médecin traitant. Sur prescription médicale, elle assure les soins d'hygiène, les soins techniques, le suivi thérapeutique et l'administration de traitements, le soutien et l'éducation du patient. Elle peut également être chargée de coordonner - voire encadrer - l'intervention d'aides soignants et éventuellement d'autres auxiliaires médicaux.

- **Le kinésithérapeute** évalue, dans le cadre d'une prescription médicale, les capacités motrices, sensitives, sensorielles et cognitives pour mesurer le degré d'autonomie et de performance d'une personne. Il détermine la nature et évalue l'étendue des déficiences anatomiques et fonctionnelles pour poser un diagnostic kinésithérapeutique et formuler des objectifs de soins dans son domaine de compétence. Il permet d'entretenir le schéma de marche de la personne âgée et de préserver ses capacités voir de récupérer les capacités antérieures.

- **L'orthophoniste** intervient auprès des personnes âgées avec des troubles secondaires aux affections neurologiques. Il prend en charge les troubles de la communication ou du langage (aphasie, dysarthrie, travail de l'élocution,...), les troubles de la déglutition et les troubles cognitifs (troubles de la mémoire, de la concentration ou spatiaux-temporels) [25].

- **L'ergothérapeute** participe aux stratégies d'aménagement des aires de mobilité, de la salle de bain avec des rampes de soutien, des toilettes, de l'agencement pour la préparation des repas (problème de gaz) et de l'adaptation des éclairages. Il propose des améliorations pour faciliter les actes de la vie quotidienne et diminuer le risque de chute.

b. Les services organisés

- **Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** tentent de remplacer une hospitalisation traditionnelle ou de réduire sa durée, de retarder ou de se substituer à une institutionnalisation [10]. Le motif principal de recours est la perte d'autonomie. Leur mission est d'effectuer, sur prescription médicale, des soins médicaux et d'assurer une aide aux gestes essentiels de la vie quotidienne (soins d'hygiène et de confort, aide au transfert, réalisation de pansements, injection et suivi du traitement).

– ***L'Hospitalisation à Domicile (HAD)*** est une structure proposant une alternative à l'hospitalisation classique. Elle permet, pour une période limitée mais révisable, en fonction de l'évaluation de son état de santé, d'assurer dans le domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés par les SSIAD à domicile par leur complexité et leur fréquence (soins de sonde à demeure, perfusion, soins de pansements complexes, soins de nursing lourds...) [8].

– ***Les Réseaux de gériatrie*** ont pour objectifs d' : « Améliorer la qualité de la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées (de plus de 75 ans, en situation de polypathologies, de rupture socio-sanitaire ou atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées) par l'organisation d'une réponse globale et personnalisée (évaluation gériatrique, plan personnalisé et suivi régulier) et le développement de la coordination des différents acteurs de santé ». Ils assurent la coordination entre les différents acteurs des secteurs sanitaires et sociaux, avec une équipe constituée d'un médecin gériatre, d'une infirmière coordinatrice et d'une assistante sociale [11] [35].

– ***La Psychiatrie en secteur ou la sectorisation psychiatrique*** correspond à l'organisation administrative relative à la maladie mentale et à la répartition des structures de soins de santé mentale. Cette organisation procède à un découpage territorial et consiste à assurer la prise en charge d'un malade par une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, assistants de service social,...). Celle-ci est placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier exerçant au sein d'un établissement « tête de secteur ». La prise en charge est assurée par différentes structures intra et extrahospitalières, avec/ou sans hébergement, notamment par les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil permanent, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel,... [19].

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ces actions sont réalisées par les équipes de secteurs composées essentiellement d'infirmiers du secteur psychiatrique, d'assistants sociaux ou d'éducateurs spécialisés. Ils ont pour mission d'accueillir gratuitement toutes les personnes en souffrance psychique. Les CMP ont la vocation de travailler en réseau.

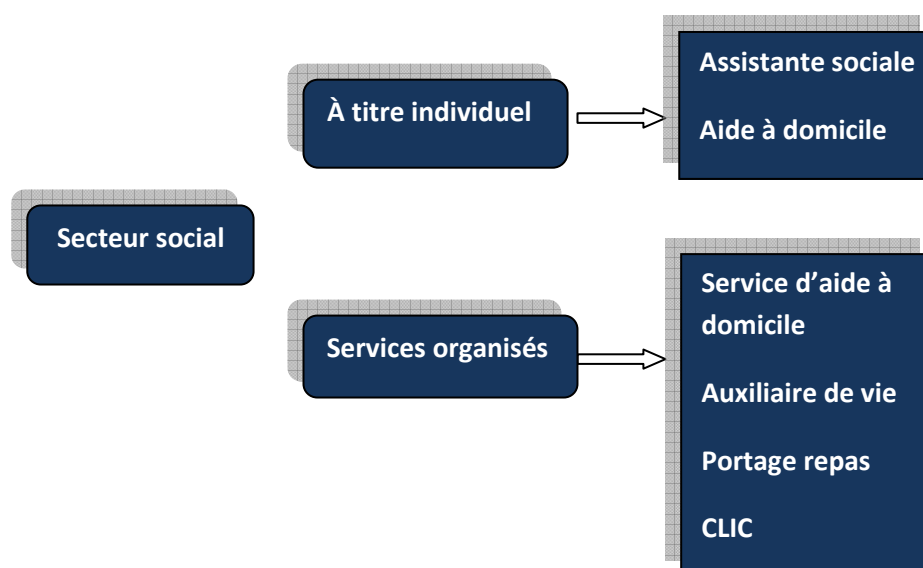
– ***Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA)*** sont des dispositifs d'accueil, d'orientation et de coordination et ne sont pas des structures au sens physique du terme. Elles accueillent, informent et orientent les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, leurs aidants et plus largement toutes les personnes âgées en perte d'autonomie.

La MAIA permet de réduire la dispersion des services, en favorisant la circulation de l'information entre les différents professionnels de santé intervenant auprès de la personne malade (médecin, infirmier, assistant social, ergothérapeute...) et en assurant la coordination des soins à domicile.

Les dispositifs MAIA ne se superposent pas aux structures de coordination déjà existantes. Néanmoins, elles s'appuient sur ces structures afin de les faire évoluer vers un mode d'organisation dit « intégré ». L'intégration commence par la création d'un partenariat co-responsable et formalisé sur les trois champs : sanitaire, social et médico-social. L'intégration s'appuie sur la concertation pour construire un guichet intégré de réponses aux usagers (les « guichets intégrés MAIA »).

Pour les personnes en situation complexe, les dispositifs intégrés MAIA permettent une intervention spécifique et intense. Les dispositifs MAIA proposent en effet, une nouvelle compétence professionnelle, celle de la gestion de cas. Les gestionnaires de cas utilisent notamment des outils spécifiques d'évaluation et de planification, pour assurer le meilleur suivi possible du parcours de vie et de soins. Leur intervention prend toute sa valeur grâce à la mise en œuvre d'un système d'information partagé [27].

2. Le secteur social



– **L'assistante sociale** intervient dans l'évaluation de la situation sociale et des conditions de vie de la personne. Elle est, en plus, un interlocuteur privilégié des familles, des tuteurs, des aidants, des structures d'hébergement et des partenaires extérieurs dans le cadre du maintien à domicile.

– **Les aides à domicile et les services d'aide à domicile** assurent non seulement un rôle dans le ménage (les courses, la confection des repas, le linge, le repassage...) mais aussi un rôle d'assistant de vie :

- sur le plan social par des accompagnements divers,
- sur le plan intellectuel par une stimulation de l'intérêt,
- et sur le plan moral par une écoute attentive et une bonne communication.

– **Le portage des repas** qui assure la livraison à domicile d'un repas, des courses ou de produits, répondant aux besoins de la personne âgée. Il assure une alimentation équilibrée, directement servie à domicile.

– **Les Centres Locaux d'Information et de Coordination Gériatrique (CLIC)** avec 3 niveaux de labellisation [12] pour permettre de fixer les missions des différents sites. Le but est de réaliser un maillage du territoire, afin de répondre aux besoins des personnes âgées et de leur proposer une offre adaptée.

- Niveau 1 : Mission d'accueil, d'écoute et de soutien aux familles.
- Niveau 2 : Évaluation des besoins et élaboration d'un plan d'aide personnalisée sur la base d'une évaluation globale (médical, psychologique, financière, sociale et environnementale), dans le domicile, par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale.
- Niveau 3 : Mise en œuvre du suivi, adaptation du plan d'aide, coordination des dispositifs existants, en accédant à tous les services disponibles, au profit de la personne âgée.

Il s'agit de lieux d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destinés aux personnes âgées de 60 ans ou plus, à leur famille et aux professionnels de santé. Ils comportent des assistantes sociales coordonnatrices et des secrétaires qui recensent tous les acteurs de la prise en charge gériatrique.

3. Exemple de la plateforme C3S: Centre de Soutien Social

C'est une plateforme médico-sociale d'appui aux professionnels de premier recours, de la ville de Nice, créée en 2013, de la fusion de deux réseaux déjà existants, CRONOSS 06 (Coordination en Réseau d'Organisation Niçois pour l'Optimisation des Soins aux Séniors) et RESOP 06 (réseau soins palliatifs et douleur) et en se basant sur le modèle MAIA.

Les domaines de compétence de la plateforme sont la gériatrie, les douleurs et les soins palliatifs, la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées et la santé mentale.

Les objectifs de cette plateforme sont les suivants [28] :

- Assurer les services d'appui pour répondre aux besoins de prise en charge globale de personnes en situation de perte d'autonomie dans le département des Alpes Maritimes.
- Améliorer l'information et la connaissance des professionnels de santé libéraux sur les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et en simplifier l'accès.
- Optimiser la prise en charge médico-psycho-sociale.
- Favoriser une bonne coordination entre la ville et l'hôpital et entre les intervenants des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La plateforme joue le rôle de [29] :

- Soutien lors de la programmation d'hospitalisation ou de l'organisation du maintien à domicile,
- Aide administrative dans le volet social,
- Outils d'aide à la décision avec un avis d'expertise sur des thématiques particulières ...

Elle fonctionne selon un mode de guichet intégré unique réalisant trois niveaux d'intervention :

Niveau 1 : Liaison (cas simples) :

- Consiste à transmettre des informations pour répondre à un besoin.
- Faciliter la collaboration entre les médecins et les ressources du territoire.
- Fournir aux acteurs des outils de coordination adaptés (ex : annuaire de ressources).

Niveau 2 : Coordination (cas compliqués) :

Il s'agit d'offrir une prise en charge médico-psycho-sociale individualisée après une évaluation par une équipe pluridisciplinaire pour faciliter la continuité du maintien à domicile.

La coordination proposée par le C3S permet au patient de bénéficier :

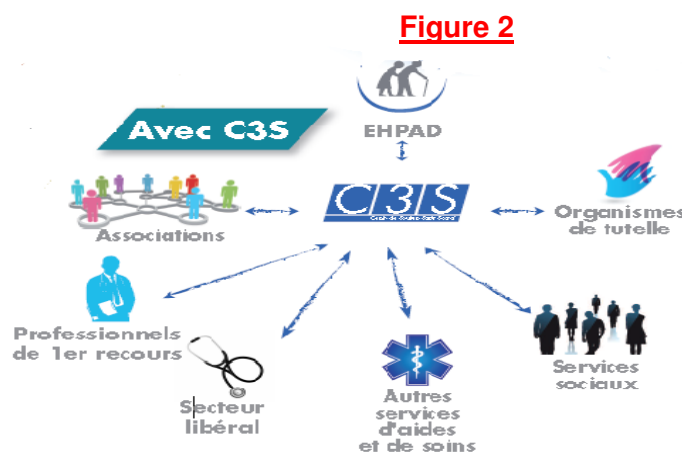
- D'une évaluation médico-sociale ;
- D'un plan personnalisé de soins ;
- D'une coordination des aides par un professionnel, un infirmier coordinateur, qui devient le référent du patient et de son entourage ;
- D'un suivi régulier ;
- D'une réévaluation périodique des besoins du patient.

Niveau 3 : Gestion de cas (cas complexes) :

Il s'agit d'assurer la cohérence des interventions réalisées auprès des personnes ayant des problèmes complexes (collaboration intersectorielle). La gestion de cas s'inscrit dans le dispositif MAIA porté par la plateforme.

La plateforme mobilise une équipe pluridisciplinaire de coordination et d'intégration composée de [29]:

- Médecins coordinateurs ;
- Infirmières coordinatrices ;
- Gestionnaires de cas ;
- Assistantes de liaison ;
- Assistante sociale ;
- Psychologue.



La plateforme C3S

IV. FINANCEMENT DES AIDES À DOMICILE

Les ressources nécessaires au maintien à domicile proviennent à la fois de la personne concernée (retraite, rentes, patrimoine, aides des enfants) et de l'aide sociale qui peut prendre différentes formes.

- A. Exonération des charges sociales pour *l'emploi d'une tierce personne*.
- B. Les aides au logement (*l'Aide Personnalisée au Logement* : APL ou allocation au logement social) dont la demande se fait auprès des caisses d'allocations familiales.
- C. La prise en charge en ALD (Affection de Longue Durée) par la sécurité sociale qui permet une prise en charge financière quasi totale des soins prodigués, en rapport avec la pathologie acceptée en ALD.
- D. L'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) attribuée aux personnes âgées d'au moins 60 ans, qui se trouvent en situation de perte d'autonomie (évaluée par la grille AGGIR), nécessitant une aide pour la réalisation des actes de la vie courante. L'APA concerne à la fois les personnes âgées résidants à domicile et ceux demeurant en établissement.

Seules les personnes les plus dépendantes, classées dans les groupes de dépendance (GIR) de 1 à 4, peuvent bénéficier de l'APA. Les personnes ayant un GIR 5 ou 6, peuvent s'adresser à leur caisse de retraite, auprès desquelles elles peuvent éventuellement prétendre à une aide financière.

- E. La carte d'invalidité : son but est d'attester que son détenteur est handicapé. Elle est accessible sous conditions et permet de bénéficier de certains droits spécifiques et d'avantages facilitant la vie quotidienne, fonction de l'handicap.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

A. Choix du type d'étude

L'étude que nous avons réalisée est une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, s'adressant à des médecins généralistes installés en libéral et à des médecins remplaçants, sur la ville de Nice.

B. Justification du choix du type d'étude

Le but de notre étude est d'identifier les pratiques des médecins généralistes lors du maintien à domicile de leurs patients âgés (de plus de 65 ans). Nous avons cherché à comprendre les difficultés rencontrées lors de cette prise en charge afin de trouver les solutions. Parallèlement, nous avons cherché à connaître l'apport des réseaux de gérontologie et à améliorer leur contribution dans ce maintien.

L'approche qualitative par entretien nous a semblé la méthode la plus appropriée pour réaliser ce travail ; l'entretien individuel permet la création d'une interaction entre deux participants.

Tous les entretiens sont réalisés par téléphone, compte tenu de l'éloignement géographique du thésard.

En ce qui concerne le type d'entretien retenu, nous avons au départ le choix entre l'entretien libre, le focus-group et l'entretien semi-dirigé. Nous avons rapidement éliminé l'entretien libre à cause de l'extrême complexité du traitement des informations, ainsi que le risque élevé d'hors-sujet. Pour ce qui est de l'entretien en focus-group, cette méthode nous a semblé adaptée pour enrichir le recueil des données, cependant l'organisation aurait été très compliquée, pour les mêmes raisons citées en amont.

Nous avons donc choisi l'entretien semi-dirigé ou entretien semi-directif qui permet de guider la discussion, selon des axes définis à l'avance, constituant le guide d'entretien, tout en laissant la parole à la personne interrogée pour s'exprimer librement.

II. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

A. Choix des médecins participants

Les médecins interrogés étaient choisis de façon aléatoire dans l'annuaire des pages jaunes. Ils devaient remplir les conditions suivantes:

- Être titulaire d'un doctorat de médecine générale ou d'une licence de remplacement ;
- Exercer ou remplacer sur la ville de Nice.

En ce qui concerne les jeunes médecins remplaçants, un e-mail était envoyé par le biais de la messagerie de la Faculté de médecine de Nice, depuis la liste des internes remplaçants, puis ils étaient contactés par téléphone.

Un premier contact téléphonique était établi, au cours duquel le sujet de la thèse était présenté, ainsi que le type d'étude employé. *« Bonjour, je me présente, je suis Nadia BEN SAAD, interne de Médecine Générale en DES 3 à la faculté de Nice. Dans le cadre de mon projet de thèse de fin d'études, je réalise un entretien téléphonique sur la prise en charge et le maintien à domicile des patients âgés sur la ville de Nice et plus précisément, sur les pratiques des médecins généralistes et l'apport que pourrait avoir un réseau de gériatrie, auprès des médecins, pour optimiser ce maintien. ».*

« Comme tous les médecins de la ville de Nice, vous êtes amené à gérer des personnes âgées à domicile, en plus de la gestion des arrêts de travail, des protocoles de soin, des renouvellements des ALD...etc. Tout ceci est très chronophage. Ces personnes âgées sont souvent polypathologiques, fragiles, de surcroît isolées et avec peu de ressources ».

« Le médecin traitant est souvent le seul référent, il doit coordonner tous les intervenants autour de ce patient âgé et ce à domicile ».

« Il s'agit, dans mon étude, de connaître les pratiques des médecins généralistes quant au maintien à domicile de leurs patients âgés pour pouvoir proposer par la suite des moyens tendant à améliorer ce maintien et pour soulager le médecin traitant aussi ».

« Pour cela, je réalise un entretien téléphonique semi-dirigé, qui sera enregistré, après votre accord. Les données recueillies seront anonymes et utilisées juste dans le cadre de l'étude de ma thèse ».

« Si vous êtes intéressé par ce travail, je vous laisse convenir d'un rendez-vous pour cet entretien téléphonique, car je suis actuellement à l'étranger. »

A l'issue de ce premier appel téléphonique, une date et une heure étaient convenues pour la réalisation et l'enregistrement de l'entretien.

La taille de l'échantillon était estimée au début de l'enquête à 25 entretiens environ, puis déterminée par la saturation des données. Une seule information donnée a un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans un questionnaire.

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions et des pratiques, était recherchée.

B. Élaboration du guide d'entretien

Une bibliographie sur les données préexistantes a permis une identification préalable des variables susceptibles d'influencer les résultats.

Les deux genres devaient être représentés : Hommes et Femmes.

L'âge des médecins retenus et le nombre d'années d'installation (ou de remplacement) pouvaient influencer les résultats, dans la mesure où la formation médicale diffère selon les périodes.

La région d'installation et le mode d'exercice (seul ou en groupe) étaient recueillis.

Un premier canevas préétabli de questions était élaboré puis testé au cours des 6 premiers entretiens. Les propos recueillis étaient jugés trop peu informatifs.

Ce premier canevas était remanié à partir du 7ème entretien. Ce remaniement portait essentiellement sur la forme et non sur le fond. Les thèmes importants initialement retenus étaient conservés ; l'ordre des questions était modifié. Les questions posées étaient

accompagnées de relances pour avoir des réponses moins brèves, moins fermées. Ces relances permettaient d'amener des points importants si l'enquêté ne les développait pas spontanément. Les questions devaient être les plus neutres possibles, avec le souci permanent de ne pas influencer les réponses.

Le canevas de l'entretien semi-directif était composé de quatre grandes parties :

- Une première partie quantitative réunissant des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins participants : l'âge, le sexe, la région d'exercice, le nombre d'années d'installation ou de remplacement et le mode d'exercice (seul ou en cabinet de groupe).
- Une deuxième partie portant sur les pratiques des médecins participants lors du maintien à domicile de leurs patients âgés et les difficultés rencontrées dans ces situations.
- Une troisième partie, également quantitative, dans le but de savoir si les médecins participants connaissent les réseaux de gérontologie de la ville de Nice, leurs modes de fonctionnement et s'ils les sollicitent. Elle a aussi pour but de connaître la pratique des médecins participants vis-à-vis des évaluations gérontologiques.
- Une quatrième partie portant sur les propositions des médecins pouvant améliorer les réseaux de gérontologie et le maintien à domicile des personnes âgées de façon globale.

C. Réalisation des entretiens

Tous les entretiens étaient réalisés par le même interviewer.

Tous les entretiens étaient enregistrés, intégralement, après l'accord verbal des médecins généralistes interrogés ; cet accord était recueilli avant le début de l'enregistrement de l'entretien.

Il était spécifié aux médecins que les entretiens seraient anonymes et que les propos recueillis ne seraient utilisés que dans le cadre de notre travail de recherche.

Matériel utilisé : Les enregistrements étaient effectués à l'aide d'un téléphone portable de la marque Iphone 4.

L'inclusion de nouveaux médecins était interrompue suite à la saturation des données : tout nouvel entretien n'apportait plus de concept supplémentaire à ceux qui étaient déjà recueillis lors des analyses précédentes.

D. Méthodologie de l'analyse des entretiens

Tous les entretiens étaient retranscrits par l'interviewer, de façon manuelle, mot à mot, sans logiciel de reconnaissance vocale.

Les textes étaient écrits avec le logiciel Microsoft Word édition 2007.

Après retranscription, les entretiens étaient mis en forme.

Au cours de la rédaction de la thèse, certaines phrases étaient remaniées afin de les rendre plus compréhensibles.

Les hésitations ainsi que les temps de silence du médecin interrogé étaient retranscrits sous forme de points de suspension.

L'analyse était faite par une seule personne : l'auteur.

Cette analyse était effectuée de façon manuelle, selon la méthode d'analyse thématique, sans l'utilisation de logiciel d'aide à l'analyse. Les citations des entretiens illustrent la thématique.

L'analyse thématique [5] permet de découper de façon transversale ce qui se rapporte à un même thème, d'un entretien à un autre.

Chaque entretien était analysé individuellement une première fois. Les expressions et les mots porteurs de sens étaient identifiés puis regroupés en thématiques, ensuite divisés en sous catégories.

Les entretiens étaient ensuite analysés une seconde fois avec cette liste de thématiques, ce qui avait permis d'étoffer cette dernière.

Les thèmes communs et les plus pertinents étaient développés dans la partie des résultats.

Une seule information donnée par entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans les questionnaires.

Nous avons réalisé des statistiques concernant la sélection des médecins participant à l'étude selon leurs caractéristiques sociales et démographiques (âge, sexe, nombre d'années d'installation ou de remplacement, type d'exercice...).

III. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La bibliographie nécessaire à la réalisation de notre travail était recherchée de la façon suivante :

- Utilisation des moteurs de recherche, par internet essentiellement, avec Pubmed et Medline ;
- Consultation des banques de données des thèses de médecine : BIUM, SUDOC ;
- Interrogation des banques de données des revues médicales « Prescrire », « La revue de médecine générale ».

Les articles disponibles étaient consultés en langue française majoritairement.

RÉSULTATS

I. DONNÉES STATISTIQUES

A. Sélection des participants à l'étude

L'inclusion des médecins et les entretiens étaient réalisés sur deux périodes : Juin-Juillet 2015 puis Octobre-Novembre 2015. 35 médecins étaient initialement contactés :

- 25 médecins ont répondu à l'entretien ;
- 2 médecins n'avaient pas accepté de participer à l'étude car ils n'avaient pas beaucoup de personnes âgées dans leur patientèle ;
- 3 médecins étaient en vacances ;
- 1 médecin était sur répondeur, à chaque appel ;
- 4 médecins avaient refusé de répondre à l'entretien car ils ne souhaitaient pas participer à un travail de thèse (selon leur secrétaire).

Les entretiens téléphoniques s'étaient déroulés au cabinet des médecins, pendant leur temps de travail, sauf un entretien qui s'était déroulé après une visite à domicile, donc en voiture.

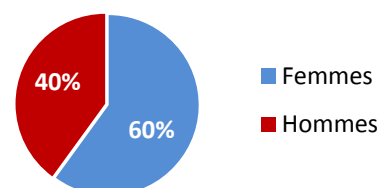
La durée des entretiens variaient entre 3 et 27 minutes :

- Un entretien a duré moins de 4 minutes ;
- Huit entretiens ont duré entre 4 et 6 minutes ;
- Dix entretiens ont duré entre 7 et 10 minutes ;
- Six entretiens ont duré de plus de 10 minutes dont un de 27 minutes.

B. Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants

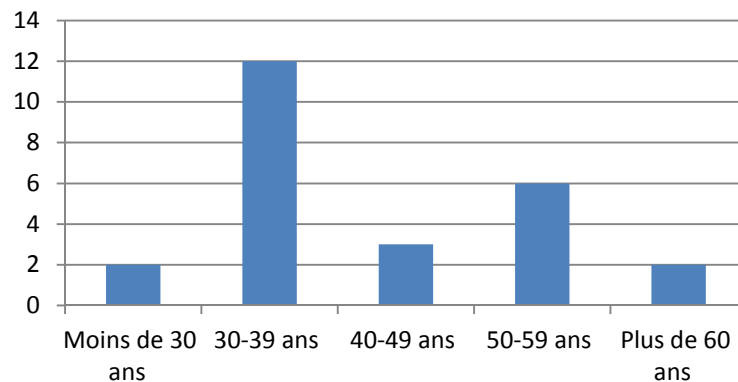
• Sexe

Parmi les 25 médecins participant à l'étude, on dénombre 15 femmes et 10 hommes, soit 60% de femmes.



Répartition des médecins par sexe

- **Age**



L'âge des médecins interrogés varie entre 29 et 61 ans. L'âge des médecins remplaçants varie entre 28 et 35 ans. Dans l'ensemble, on retrouve :

Moins de 30 ans : 2 30-39 ans : 12 40-49 ans : 3

50-59 ans : 6 Plus de 60 ans : 2

La moyenne d'âge des médecins participants est de 41 ans.

- **Nombre moyen d'années d'installation en cabinet**

La durée d'installation des médecins interrogés varie entre 6 mois et 34 ans, soit une durée moyenne de 11,5 ans

La durée de remplacement des jeunes médecins varie entre 6 mois et 4 ans, soit une durée moyenne de 27 mois.

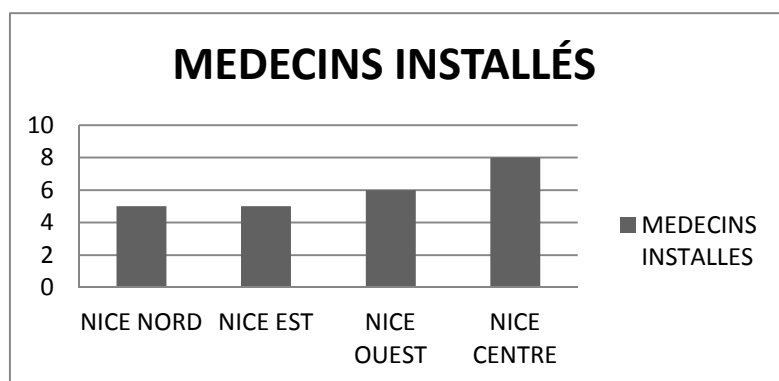
- **Type d'exercice**

13 médecins participant à l'étude exercent dans un cabinet de groupe, soit 52%.

- **Région d'installation**

5 médecins installés sur Nice Est, soit 20%. 6 médecins installés sur Nice Ouest, soit 24%.

6 médecins installés sur Nice Nord, soit 24%. 8 médecins installés sur Nice Centre, soit 32%.



L'ensemble des données concernant les médecins et leur cadre d'exercice est résumé dans le tableau suivant, avec la proportion des personnes âgées dans leur patientèle :

TABLEAU 4

Données sociodémographiques des médecins participants

nombre de médecin	Sexe	Age	Durée d'installation	Région Nice	Type de cabinet	% personnes âgées
25	Femmes : 15	< 30 ans	2	EST	groupe	
		< 30 ans	0,5	NORD	individuel	30
		30 -39	1	OUEST	individuel	20
		30 -39	4	OUEST	individuel	30
		30 -39	3	NORD	individuel	25
		30 -39	4	NORD	individuel	20
		30 -39	1	NORD	groupe	30
		30 -39	4	EST	individuel	40
		30 -39	1	OUEST	groupe	40
		30 -39	3	CENTRE	groupe	50
		30 -39	4	CENTRE	groupe	25
		30 -39	3,5	EST	groupe	20
		40 -49	3	CENTRE	groupe	33
		50 -59	23	NORD	individuel	30
		>60	34	CENTRE	individuel	70
	Hommes : 10	30- 39	6	CENTRE	groupe	25
		30 -39	2	OUEST	individuel	20
		40 -49	12	EST	groupe	30
		40 -49	16	CENTRE	groupe	25
		50 -59	32	NORD	individuel	33
		50 -59	24	OUEST	individuel	20
		50 -59	30	EST	Groupe	60
		50 -59	20	CENTRE	groupe	30
		50 -59	22	OUEST	groupe	20
		>60	33	CENTRE	individuel	25

C. Données statistiques des entretiens réalisés

- **Proportion des personnes âgées de plus de 65 ans dans la patientèle**

La proportion des personnes âgées de plus de 65 ans, dans la patientèle des médecins participants, se situe entre 20 et 70%, soit une moyenne de 30%.

- **Connaître les réseaux de gériatrie**

72% des médecins participants connaissent la plateforme de gériatrie C3S ;

28% des médecins participants ne la connaissent pas, dont 4 jeunes médecins remplaçants et 3 médecins installés depuis 20, 22 et 24 ans.

- **Connaître le mode de fonctionnement du réseau (plateforme C3S)**

56% des médecins participants connaissent le fonctionnement du réseau, contre 44% qui ne le connaissent pas.

Sur les 72 % des médecins participants qui connaissent le réseau (soit 18 médecins); 27 % (soit 5 médecins) ne connaissent pas son mode de fonctionnement.

- **Faire appel au réseau**

56 % des médecins participants font appel au réseau de gériatrie pour leurs patients âgés à domicile.

Tous les médecins participants qui connaissent le réseau et son mode de fonctionnement y font appel sauf un médecin.

3 médecins connaissent le réseau de gériatrie grâce à une tierce personne. Le médecin n'est pas l'instigateur de la demande.

- **Faire l'évaluation gériatrique**

52% des médecins participants font eux-mêmes les évaluations gériatriques de leurs patients âgés à domicile ;

48% des médecins participants préfèrent les confier, essentiellement les médecins remplaçants.

- **A qui confier l'évaluation gériatrique**

Hôpital de Cimiez ou clinique les Sources cité 12 fois ; Plateforme C3S cité 1 fois ;

Centre Georges Pompidou cité 1 fois ; Médecins remplacés cités 2 fois.

TABLEAU 5 :**Données statistiques sur les pratiques des médecins vis-à-vis des réseaux de gériatrie**

Médecin	Connaître le réseau	Connaître le mode de fonctionnement	Faire appel au réseau	Par une tierce	Difficulté rencontrée dans le maintien à domicile
1 (remplaçant)	Oui	Non	Non		Déléguer
2 (remplaçant)	Oui	Oui	Oui		Déléguer
3	Oui	Oui	Oui		Déléguer
4 (remplaçant)	Non	Non	Non		Déléguer
5 (remplaçant)	Oui	Oui	Oui		Hôpital
6 (remplaçant)	Non	Non	Non		Gériatre de ville
7 (remplaçant)	Non	Non	Non		
8 (remplaçant)	Non	Non	Non		Galère
9	Oui	Oui	Oui		Démuni
10	Oui	Oui	Rarement		Non
11	Oui	Non	Non	Tutelle	Oui
12	Oui	Oui	Non	Oui	Non
13 (remplaçant)	Oui	Non	Non	Oui	Services spécialisés
14	Oui	Oui	Oui		Oui
15	Oui	Oui	Oui		
16	Non	Non	Non		Non
17	Oui	Oui	Oui		Oui
18	Oui	Non	Pas toujours		Oui
19 (remplaçant)	Oui	Oui	Oui		Oui
20 (médecin coordonateur)	Oui	Oui	Oui		Non
21	Oui	Oui	Oui		
22	Non	Non	Non		
23 (pôle de santé)	Oui	Oui	Oui		
24	Non	Non	Non		Non
25	Oui	Oui	Oui		Oui

II. ANALYSE DU DISCOURS

A. Pratiques des médecins participants vis-à-vis du maintien à domicile

– Le médecin généraliste organise seul, sans intermédiaire, le maintien à domicile de ses patients âgés isolés et ce grâce, à son propre réseau de proximité (passage d'IDE du quartier, du kinésithérapeute). Ceci lui permet d'avoir rapidement un retour sur l'état de santé de son patient, en cas d'altération physique ou de problèmes aigus.

« Prescription passage IDE en première mesure »

« Si la personne est seule, j'essaie d'organiser les choses moi-même »

« J'appelle l'assistante sociale et IDE à domicile par service dédié. Démarches médicales par moi-même. Demande de rdv par ma secrétaire »

« Mais s'il n'en est pas capable ou personne isolée sans famille, j'organise les rdv/ la recherche du Kiné / IDE/ ambulance/ spécialiste »

« La prise en charge infirmière et kiné, je fais ça normalement sans intermédiaire ».

« Jusque là, j'ai toujours réussi à organiser tout ça de mon côté, en collaboration avec les assistantes sociales et les infirmiers »

« Je m'occupe moi-même, de mettre en place les infirmières libérales, des kinésithérapeutes libéraux, le portage des repas aussi »

« S'il y a un problème, elle nous le signale ... »

– En ce qui concerne les jeunes médecins remplaçants, ils ne s'investissent pas plus dans la prise en charge à domicile des patients âgés, car ils interviennent souvent dans des cas d'urgence et réfèrent aux médecins traitants remplacés. De même pour les évaluations gériatriques, ils réfèrent aux centres spécialisés.

« Je regarde sur les pages jaunes et je leur donne le numéro des plus proches d'eux. Je fais la prescription (IDE) et souvent je renvoie vers le médecin traitant »

« Non, j'en fais pas, je les renvoie en service spécialisé pour faire les évaluations ».

« Moi personnellement, je prescris les aides et je dis à la personne de voir avec la pharmacie du quartier pour trouver le personnel de soin, IDE ou Kiné ».

« Pour la téléalarme, je la propose,... moi je leur dis seulement qu'il faut contacter le conseil général pour se renseigner. Aussi bien pour les téléalarmes que pour la livraison des repas ».

« Non, laissé aux médecins que je remplace »

– **Le médecin généraliste fait appel au réseau d'assistante sociale de la ville, directement ou en passant par le CCAS. L'assistante sociale du secteur est souvent l'alliée du médecin généraliste ; c'est le premier recours pour faire les évaluations sociales au domicile du patient âgé et mettre en place des aides nécessaires (faire les dossiers APA, les demandes d'aide ménagère et la mise en place d'une auxiliaire de vie ...). L'assistante sociale gère tous les aspects sociaux du maintien à domicile.**

« Pour les patients isolés, en général, je passe par le CCAS, très actif avec un bon réseau de professionnels de santé... ».

« Et je dis d'appeler l'assistance sociale du quartier par le biais de la mairie pour aider à remplir les dossiers d'aides ».

« Oui, c'est une bonne question. Je fais appel aux assistantes sociales directement. Je ne passe pas directement par les réseaux ».

« On devrait appeler directement l'assistante sociale pour faire rapidement l'état des lieux ».

« La prise en charge, tout ce qui est prise de rendez-vous ou autre soins prescrits, je mets en place par le CCAS, par exemple des aides de vie, des auxiliaires de vie ».

« C'est en général avec l'APA et là ce sont les organismes, les assistantes sociales qui mettent ça en place ».

« Je suis en contact avec des assistantes sociales qui peuvent gérer des aspects plus sociaux, plus que médicaux ».

– **Le médecin généraliste préfère mettre en place une infirmière libérale du quartier ; une infirmière qui connaît bien le médecin, pour vite remonter l'information en cas de dégradation du maintien à domicile.**

« Alors que nous, les infirmières, on les a déjà, c'est la première chose qu'on met en place. Elles sont très disponibles, ça se passe très très bien »

« J'ai des infirmières du quartier avec qui ça marche bien, qui sont disponibles et qui prennent rapidement en charge les patients »

« Par ailleurs, j'ai beaucoup d'infirmiers avec qui je travaille, je prescris juste la démarche des soins infirmiers et je les appelle moi-même pour qu'ils viennent à domicile. Et vu que souvent, se sont (les infirmiers) des gens très dévoués, ils s'occupent aussi d'autres formalités »

« Et en général, j'ai des infirmières de confiance qui m'alertent ou une aide ménagère qui m'alerte et si ça ne va pas, c'est que je dois y aller »

« La structure c'est de trouver des infirmières à qui on fait confiance, qui ont du temps »

– **Volet administratif : le médecin généraliste se charge de faire les démarches administratives des patients âgés à domicile.**

« Je prescris juste la démarche des soins infirmiers ...je vais m'occuper des certificats médicaux ».

« Il y a tout le côté administratif, les MDPH, les ALD, qu'on remplit ».

– **Le médecin généraliste peut faire appel à un réseau structuré, tel que l'HAD, les MAIA ou le CMP de gériatrie.**

« L'HAD qui est très utile au maintien de la personne âgée à domicile »

« Pour les personnes isolées, je contacte en général le CMP de gériatrie, parce que les patients ont souvent des problèmes cognitifs »

« Mais là, l'infirmière a contacté un autre réseau MAIA ».

– **Le médecin généraliste propose le portage des repas ou la téléalarme.**

« Je fais aussi le portage de repas à domicile. Non, ce n'est pas moi qui appelle, en général c'est la famille, c'est rare que les patients n'aient pas de famille. Je dis à la famille de prendre contact avec les organismes de portage de repas. Les téléalarmes aussi, c'est la famille qui gère ».

– **Le médecin généraliste peut faire quelque fois les évaluations gériatriques de ses patients âgés à domicile, car c'est une tâche qui relève de ses fonctions, même si cela peut prendre du temps. Il peut également déléguer ces évaluations à l'hôpital, au centre mémoire ou à la plateforme C3S, pour des raisons de manque de temps.**

« Ça prend du temps mais c'est nécessaire et je ne délègue pas, non pas intéressé par faire faire cette évaluation par quelqu'un d'autre ».

« Mais je sais qu'après, tout ce rattrape, une fois que tout est organisé. Ce n'est pas du temps perdu ».

« Non, moi je ne peux pas. Je passe déjà assez de temps en visite. Je ne fais pas ça ».

« On les appelle, ils interviennent, ils évaluent si la personne peut rester à domicile, ils proposent ce qu'on peut faire. Pour nous c'est un gain de temps énorme ».

« Moi, Je fais appel à la plateforme C3S pour organiser tout ça. On va dire que ce sont mes collaborateurs sur le terrain ».

« J'envoie à l'hôpital de jour, à la clinique des sources ».

« Sinon consultation spécialisée gériatrie à l'hôpital de Cimiez ou au centre Pompidou ».

– **Le médecin généraliste fait appel à la plateforme C3S, devant un patient isolé, avec beaucoup d'aides à mettre en place (cas complexes), ou quand les problèmes médicaux se noient dans les difficultés sociales.**

« Oui, surtout C3S, quand on a un patient isolé, qui n'a pas de famille, on les appelle. Ils viennent faire une évaluation à domicile du patient ».

« Pour la mise en place des aides et la mise au point initiale et quand tu as plein de choses à mettre en place... ».

« Quand vous avez une structure qui marche, vous continuez et quand ça ne marche pas, je fais appel au réseau ».

« C'est mon allié sur le terrain, pas systématiquement, car j'arrive en principe à gérer seul, mais plutôt dans des cas particuliers, difficiles, quand il y a beaucoup de problématiques. Parce que je n'ai pas assez de temps et pas non plus les compétences. Parce qu'on fleurte avec le domaine social et on sort du domaine de soin ».

– **Pour les personnes en perte d'autonomie et dont le maintien à domicile est problématique (problème cognitif...), le médecin généraliste peut organiser un placement en court séjour voir en EHPAD.**

« S'il y a une perte d'autonomie... Moi, j'essaye de discuter avec le patient, de retrouver quelqu'un de la famille, sinon je le mets en court séjour, en attendant de le mettre en ehpad, en fonction de ses revenus ».

« Il ne s'agit pas de faire une visite à domicile, il s'agit de : quand je finis ma visite, qu'est ce qu'il advient de cette personne. C'est ça qui m'inquiète ».

B. Difficultés rencontrées par les médecins participants lors du maintien à domicile

– **Ressenti des médecins participants lors de la gestion du maintien à domicile.**

« C'est une vraie galère ».

« C'est vrai, nous, on est parfois démuni ».

« Pour les patients isolés, c'est un peu plus délicat... ».

« En tout cas, c'est bien compliqué ».

« Oui oui, bien sûr. Le problème, c'est quand ils ne sont pas complètement déments ».

« Bien moi, je ne peux pas faire plus que ça et parfois, ça reste juste une prescription sur le papier ».

– **Le manque d'expérience et d'information des jeunes médecins remplaçants, en ce qui concerne le maintien à domicile des personnes âgées.**

« Oui, je connais certains réseaux, non utilisés en remplacement ».

« Pas d'expérience pour l'instant, dans le cadre des remplacements ».

« Non, je délègue ».

« Je laisse faire les médecins traitants que je remplace ».

« Expérience lors de l'internat en stage mais pas depuis que j'effectue des remplacements »

– **Le temps nécessaire à l'évaluation, à la prise en charge, à la coordination et à la mise en place des aides pour la personne âgée isolée à domicile, est trop long.**

« C'est une vraie galère, c'est hyper prenant, je suis obligée de tout gérer ».

« J'ai dû faire l'ordonnance, aller chercher les médicaments à la pharmacie et les lui déposer à la maison ».

« Il faut gérer avec les infirmiers, les traitements et tout ça. Après, pour les prescriptions, tu n'as pas de problème ».

« Moi, je n'ai pas de répertoire avec les coordonnées des assistantes sociales pour qu'on puisse mettre en place rapidement les aides, sans avoir à passer des coups de fils à droite et à gauche, pour les gens qui sont isolés ».

« Moi personnellement, je n'ai pas le temps de m'occuper moi-même de toutes les démarches pour ces personnes »

« Ça prend du temps mais c'est nécessaire et je ne délègue pas ».

« En tout cas, c'est un temps que je ne peux pas passer auprès des malades ».

– **Le médecin doit prendre en compte les problèmes financiers du patient âgé, avant de proposer des aides lors du maintien à domicile.**

« Quand on dit aides ménagères, nous médecins, on ne sait pas si les gens ont les moyens de les payer et quelle aide il faut mettre ».

« Pour organiser l'entrée en EHPAD, il faut voir les revenus des patients, ce n'est pas de mon ressort, ça ne me concerne pas ; je fais les certificats et j'envoie à l'assistante sociale ».

– **Pour le jeune médecin remplaçant, la gestion du patient âgé à domicile peut constituer un frein à son installation en libéral.**

« C'est d'ailleurs pour ça aussi que je n'ai pas envie de m'installer »

– **Cependant, certains médecins déclarent ne rencontrer aucun problème et aucune difficulté dans la gestion des patients âgés à domicile.**

« Je ne rencontre pas particulièrement de difficulté à maintenir ces patients âgés à domicile. Pas plus que les autres patients. Ça demande une organisation un peu plus pointue... Non, pour l'instant ça se passe bien, on se débrouille ».

« Je n'ai plus beaucoup de difficultés avec les personnes âgées à domicile ».

« Et une chose est certaine, avec l'expérience que j'ai..., si je ne les utilise pas tant que ça (les réseaux de gérontologie), c'est que dans mon fonctionnement, ils ne m'apportent pas tant de chose que ça... dans ma pratique quotidienne, je me débrouille très bien sans ».

C. Apport des réseaux de gérontologie

– Satisfaction globale.

« Oui oui oui, je suis très satisfait. C'est parfait ».

– Gestion des évaluations gérontologiques et des réévaluations, assurant une prise en charge globale du patient.

« Je sais comment ça marche et le travail qu'ils font, je les trouve bien, ils prennent le patient en charge dans sa globalité ».

– Apport d'un gain de temps.

« Parce que nous seuls, généralistes, on n'a pas le temps de gérer tout ça ».

« Pour nous, c'est un gain de temps énorme ».

« Oui, ils nous laissent le temps de nous occuper de l'aspect médical et eux, ils gèrent les aspects sociaux ».

« Oui, pour mettre en place au démarrage, quand c'est compliqué ».

– Coordination et travail d'équipe.

« Une meilleure coordination et un travail en équipe, ce qui permet d'éviter les erreurs et de mieux appréhender les situations ».

« Et puis, tu as la sensation de travailler en équipe ».

« C'est bien la plateforme car on se retrouve en équipe face à la personne âgée et du coup, pour le patient, c'est bien pour son maintien à domicile ».

– **Centralisation des informations avec un seul interlocuteur.**

– **Utile avec une organisation harmonieuse.**

« Bonne expérience, bon contact, ils sont utiles ».

« Ah oui, parce que combien de fois on se retrouve avec des patients âgés à domicile et on a besoin de faire appel à une plateforme pour nous aider. ».

« Ah oui, c'est grâce à eux qu'on peut des fois maintenir des personnes âgées à domicile ».

« Moi je dis qu'ils sont utiles au début et aussi tout le temps, voilà ils ont dans leur cahier de charge l'obligation de voir et de revoir les patients et ça leur fait plus de présence finalement (aux patients) ».

« ... Le réseau, c'est utile s'il nous manque un numéro de téléphone, on les appelle... ».

– **Intervention rapide et efficace.**

« ...Je trouve cela très important qu'ils interviennent assez rapidement ».

« Des fois, quand je suis bloquée, moi je n'hésite pas à les appeler, après c'était rapide et efficace ».

– **Aide aux démarches administratives.**

« J'ai eu l'occasion de faire 1 ou 2 dossiers d'APA mais au fait, je laisse souvent à la plateforme de le faire. C'est surtout un gain de temps, surtout quand tu as une consultation toutes les 20 minutes, le dossier d'APA, t'as pas trop le temps. ».

– **Aide devant un patient totalement isolé ou devant une situation complexe avec plusieurs aides à mettre en place, à la fois.**

« Ce qui est important, c'est le démarrage, quand il y a plusieurs choses à mettre en place d'un coup, c'est super (le réseau) ».

D. Inconvénients des réseaux de gériologie

Un jeune médecin remplaçant, qui ne connaît ni les réseaux de gériologie ni leur mode de fonctionnement, avait déclaré que les réseaux n'avaient « aucun apport », car pas assez disponibles ni accessibles ; il insistait parallèlement sur l'intérêt de mieux les faire connaître.

« Utiles mais victimes de leur succès, pas très disponibles ».

Deux autres médecins avaient déclaré :

« Je ne travaille pas avec les réseaux, moi je dis que les réseaux c'est nul ; les réseaux c'est du détournement de patients. On ne sait jamais qui est l'intervenant derrière, ça change à chaque fois ».

« Pas utile, une fois les aides mises en place ».

E. Proposition pour améliorer les réseaux de gériologie

– **Mieux informer les médecins et les familles de l'existence des réseaux de gériologie et des aides proposées, pour mieux se faire connaître.**

« Non, on n'a pas été informé. Non, jamais entendu parler. Ils ne communiquent pas trop apparemment »

« C'est nouveau ce réseau ? Moi, je ne connais personne qui connaisse »

« J'ai des souvenirs car je suis jeune médecin, je sais que ça existe, on en a parlé quand on a fait nos GEASP mais moi je n'ai jamais eu affaire à eux »

« J'ai eu un co-interne qui était justement dans cette structure et il disait que ça se passait bien, qu'ils étaient très très bien, c'est ce que j'en ai entendu »

« Faut faire connaître le réseau par une lettre de présentation ou venir se présenter au cabinet »

« Si moi, je suis jeune médecin et je ne les ai jamais sollicité, alors les médecins installés depuis longtemps doivent les appeler encore moins que moi et ils savent moins que moi que ça existe »

« Même moi qui suis installé depuis longtemps, si je dis : « mince, il faut que je prévienne CRONOSS » ce qui m'est déjà arrivé. Je n'ai pas de numéro en tête, ni dans mes tablettes ».

– **Rendre le réseau de gérontologie plus accessible, plus disponible pour les médecins, le personnel soignant et les familles.**

« Il faudrait que ça soit plus facile, qu'on ait un accès facile....Nous, on n'est pas informé. »

« Il faut améliorer l'accessibilité du réseau pour le personnel... »

« En développant bien plus ces réseaux pour qu'ils soient bien plus facile de les contacter d'une part, qu'ils soient bien plus connus des aidants des personnes âgées ».

– **Mettre plus de personnel au sein de l'équipe du réseau de gérontologie pour mieux gérer le flux des patients et augmenter le nombre de personnes âgées à domicile pouvant en bénéficier. Optimiser le fonctionnement des réseaux pour mieux répondre aux demandes d'aide et être plus réactif dans leurs traitements.**

« Oui, pour les patients âgés déjà dans le réseau c'est très utile, car prise en charge globale ; par contre, difficile d'y faire entrer de nouveaux patients »

« Même si des fois ils sont débordés et qu'ils ont du retard dans la réévaluation de leur patients ».

« Je ne pense pas qu'ils puissent drainer toutes les personnes âgées de Nice, ce n'est pas assez grand. Et peut être que ça marche bien, pour le moment, car ils n'ont pas beaucoup de patients à gérer »

« ...plus de personnel dans le réseau pour gérer plus de personnes et finalement pour qu'ils prennent plus rapidement en charge les personnes à domicile... »

« Ah oui, en plus, ils doivent être plus réactifs, je ne sais pas moi, avoir plus de personnel dans le réseau pour traiter plus rapidement les demandes, c'est important ça aussi ».

– **Avoir un interlocuteur, tous les jours de la semaine, assurant une permanence téléphonique continue, ce qui permettrait de gérer les demandes d'informations concernant les patients âgés à domicile, sans passer par le service des urgences.**

« Ce que je trouve difficile, c'est que la plateforme géronto intervient à des heures d'ouverture de bureau c'est-à-dire de 9h à midi et de 14h à 18H. Et les généralistes, ils se

retrouvent toujours confrontés à l'appel du vendredi soir à 19h ou le samedi matin, où ça ne va pas, du coup, on se retrouve quand même tout seul... »

« Je ne sais pas s'il y a une possibilité d'avoir une permanence qui puisse nous aider, pas qui puisse forcément intervenir mais qui puisse nous aider pour répondre à nos questions et pas se retrouver tout seul, ça peut être un médecin ou même un paramédical mais qui puisse nous dire, nous aiguiller pour ne pas être tout seul... »

« On pourrait partager et prendre des décisions à deux ...une équipe joignable et un médecin au bout du fil qui nous aide à prendre les décisions ».

– **Mettre en place un numéro d'appel unique pour centraliser tous les appels et toutes les demandes.**

« Qu'on mette un numéro d'urgence pour débloquer une situation plus rapidement »

« Enfin moi, si j'ai un numéro de téléphone et que je les appelle et qu'il y a quelqu'un qui me réponde de suite et qu'il me dit « voilà, d'accord, on vient voir votre patiente », je suis déchargé »

« Une plateforme téléphonique, une plateforme unique 24h/24, ça serait plus simple. C'est jouable, avec un médecin, qui ferait comme moi, qui dit qui fait quoi et qui donnerait les numéros. Ça serait plus simple d'avoir un numéro unique. »

– **Faciliter l'hospitalisation des personnes âgées maintenues à domicile grâce au réseau de gériatrie, en gardant des lits en milieu hospitalier, sans devoir passer par le service d'accueil des urgences. Le réseau de gériatrie peut également servir de lien entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux.**

« Dans leur cahier des charges, il est prévu de réserver des places soit en EHPAD soit en milieu hospitalier, au cas où il y aurait besoin...Il m'est arrivé de faire appel à eux ...Là malheureusement, ils sont un peu dépourvus »

« Donc, si j'avais une baguette magique, ça serait pour leur conserver des places en soin dévolu à ce type de réseau »

« Ça serait bien d'avoir un guide avec les numéros de téléphone, pour par exemple hospitaliser un malade sans passer par les urgences, vu que je n'avais pas de contact à l'hôpital ».

– **Proposer un carnet d'adresses ou un annuaire téléphonique réunissant tous les numéros de tous les intervenants dans la prise en charge des personnes âgées à domicile (numéro des assistantes sociales, CCAS, plateforme, services hospitaliers...).**

« Il faut avoir un petit répertoire avec le référent à appeler »

« Un guide avec des numéros récents, à jour, avec des gens qui répondent derrière, actifs »

« Si ce n'est pas le C3S ou la famille, par le biais de la mairie, qui appelle, moi je n'ai pas de répertoire avec les coordonnées des assistantes sociales pour qu'on puisse mettre en place rapidement les aides, sans avoir à passer des coups de fils à droite et à gauche pour les gens qui sont isolés ».

« Il faut mettre un formulaire à adresser aux médecins pour savoir les aides disponibles ».

– **Mettre en place, par le réseau de gérontologie, un guide adapté à chaque patient, après son évaluation au domicile.**

« Ce qui serait utile, c'est au début, quand ils font l'évaluation du patient et mettent tout en place ; qu'ils nous remettent un petit guide de conduite avec les correspondants utiles pour le patient, adapté et personnalisé au patient, qui nous dit s'il ne va pas bien, voilà il dépend de tel ou tel service, voici les numéros ; voici la liste de 2 ou 3 ambulances avec qui il a déjà fait des allers-retours, qu'ils nous donnent une ligne de conduite et les professionnelles de santé à contacter autour du patient : Informations détaillées sur les aides possibles, financières et humaines, disponibles et selon quels critères les mettre en place »

– **Faire un partenariat entre le réseau de gérontologie et le médecin traitant. Faire plus participer les médecins traitants dans la prise en charge de leurs patients, les prévenir en cas d'évaluation, pour coordonner et optimiser les actions autour du maintien à domicile. Ceci éviterait une perte de temps et d'énergie avec des actions redondantes, dans les deux sens.**

« Faire intervenir et faire participer plus le médecin traitant dans les évaluations ».

« Moi personnellement, je voudrais être informé quand ils font des réévaluations pour leur notifier des trucs, enfin dire ce qu'il ne va pas, pas du côté médical mais pour le reste ».

F. Proposition pour améliorer le maintien à domicile

- **Mettre en place plus de réseaux de gérontologie pour aider au maintien à domicile des personnes âgées.**

« En matière de maintien à domicile, on peut toujours mieux faire, il y a assez à faire sur le terrain. Le problème majeur, c'est qu'il faut du monde et il faut des sous ».

« Mettre en place d'autres organismes ; Là, j'en connais un principal et je ne sais pas s'il y en a d'autres ».

« ...et moi, cela m'embête de m'adresser toujours au même organisme ».

- **Bien poser l'indication de faire appel au réseau de gérontologie pour ne pas le saturer. Le médecin gère seul les situations communes. Ainsi, le réseau de gérontologie sera plus disponible quand le médecin le sollicitera pour des cas complexes.**

« Après que l'indication (pour faire appel au réseau) soit bien posée, parce que ce serait trop facile de dire : bon j'ai une personne âgée, elle a besoin de quelqu'un, on appelle C3S, et nous on ne fait rien. Moi je ne suis pas pour ça ».

« Je suis satisfaite mais je ne les solliciterai pas à chaque fois... . Déjà pour ne pas saturer le réseau ».

« Des fois, quand je suis bloquée, moi je n'hésite pas à les appeler, après c'était rapide et efficace »

- **Plus de rapidité et d'efficacité pour débloquer la situation de la personne âgée à domicile. Traiter plus rapidement les demandes d'APA, pour ne pas avoir recourt à des séjours hospitaliers, dans l'attente de la mise en place des aides.**

« Le déblocage pour les aides financières, quand on demande l'APA, car c'est très long à mettre en place. Moi, j'ai dû mettre une patiente en SSR en attendant que la situation se débloque ».

- **Assurer un travail d'équipe autour de la personne âgée à domicile et une coordination entre les médecins traitants et les acteurs du maintien à domicile (réseau de gérontologie, associations, collectivités locales...).**

« Une meilleure coordination et un travail en équipe, ce qui permet d'éviter les erreurs et de mieux appréhender les situations ».

– **Mettre en place, systématiquement, un cahier de liaison entre les différents intervenants au domicile du patient âgé, pour assurer le lien entre les équipes.**

« Et le truc qui manque beaucoup à domicile, c'est le carnet de suivi, comme les services de soin infirmier, car souvent quand j'arrive à domicile, il manque tout, les patients sont déments et il y a un manque d'information sur les antécédents, ce qu'ils ont toléré ou pas ».

« C'est très rare les cas où j'ai un cahier avec les dernières tensions, ce qui a été fait, ça doit être systématique, avec les personnes à prévenir en cas de problème. Quelque chose qui fasse le lien, où tout le monde écrit sur le même cahier, l'infirmière et tous les autres médecins et tout soit écrit... ».

– **Mettre une compensation financière plus grande (C3) pour les médecins traitants qui coordonnent les soins autour de leurs patients âgés à domicile.**

« Dédommagement financier plus important pour les généralistes qui assurent des consultations gériatriques et qui font office de réseau »

« Surveillance rapprochée pluri hebdomadaire, en forfaitisant la rémunération du médecin traitant ».

– **Anticiper la dégradation de l'état de santé du patient maintenu à domicile, pour ne pas être dans la situation de l'urgence par la mise en place des aides en amont. La prise en charge de la personne âgée peut être améliorée grâce au réseau de gériatrie et à sa politique de prévention, permettant le repérage et l'anticipation des problèmes aigus.**

« Pour l'entrée en EHPAD, chaque cas est particulier, quand on est dans l'urgence, on envoie à l'ehpad. Après, j'essaie souvent de ne pas être en situation d'urgence, dans le maintien à domicile, on installe les choses en amont. Quand on installe les choses en amont et qu'on a une bonne prise en charge par un service de soins à domicile, qu'il soit de la ville ou pas, c'est quand même l'idéal ».

– **Lutter contre l'isolement des personnes âgées à domicile.**

« Moi, ce que je trouve chez les personnes âgées, c'est que sur le plan médical, ça va à peu près, ils ont la sonnette en cas de problème... Ce qui leur manque le plus, c'est la compagnie et les activités. Ils s'ennuient énormément. Donc, ce qu'il faut améliorer, c'est leur tenir compagnie ou les accompagner dans des activités de groupe qu'on pourrait organiser... »

« Dans mon idéal, les gens sont tellement isolés, il faut qu'on les sorte de leur isolement par des réseaux amicaux »

« Il faudrait surtout avoir plus de budgets pour que les gens soient moins isolés »

« Il faudrait qu'il y ait plus de passages possibles, la journée, plus régulièrement »

« Mon rêve dans l'absolu,...c'est qu'il y ait les petits frères des pauvres... Qu'il y ait des gens pour tenir compagnie aux personnes isolées, parce qu'elles dépriment et pour qu'elles ne finissent pas par être institutionnalisées »

« Personne de compagnie, plusieurs heures par jour »

– **Organiser des accueils de jour pour sortir les personnes âgées et soulager l'aidant principal.**

«... plus d'accueils de jour pour sortir les personnes de leur solitude ».

– **Lutter contre la dénutrition par la mise en place d'une assistance lors des repas, avec plus de présences durant la journée.**

« Mais le problème, c'est que les aides ménagères, elles viennent 1 heure par jour, je sais très bien que ce ne sont pas elles qui font manger les malades. C'est pour ça d'ailleurs que les personnes âgées ne mangent pas bien parfois ».

– **Impliquer plus la famille, quand elle existe.**

« Suppléance de la famille, qui n'est pas forcément présente »

« Quand le patient est isolé, c'est le travail de l'assistante sociale et quand ils ont de la famille, des enfants, ce sont eux qui se chargent, de voir ce qui est disponible comme aide et ce qui est disponible comme budget ».

– **Problème financier : mettre plus de fond pour pérenniser le maintien à domicile surtout par une garde malade la nuit.**

« Le problème premier est financier »

« Pour moi, le maintien à domicile n'est plus possible dès lors que la personne seule...ne peut plus dormir seule la nuit chez elle ; pour moi je trouve ça dommage.... Bon, outre les personnes qui ont des finances pour payer quelqu'un la nuit, pour payer des gardes malades la nuit. Mais ceux qui n'ont pas cette chance, d'avoir des finances, je me demandais s'il y avait quelque chose, mais je ne pense pas. Je ne sais pas si l'effort dans ce sens pourrait être fait, s'il y a des budgets accordés pour le maintien à domicile... Est ce qu'on ne pourrait pas accorder une part du budget pour ça, pour aider le maintien à domicile, en favorisant l'accompagnement et la surveillance nocturne. Je ne sais pas s'ils ne peuvent pas avoir une réflexion sur ça »

– **Établir un guide ou un annuaire, par le conseil général ou la plateforme C3S, avec les numéros utiles de tous les acteurs du maintien à domicile de la ville de Nice, utile pour le personnel soignant et les familles.**

« Explications détaillées sur les aides possibles, financières et humaines, et dans quels critères d'acceptabilité »

« Faire des livrets pour les personnes âgées avec les numéros utiles pour les services déjà disponibles »

« Indépendamment de la plateforme, avoir une information, un annuaire ou quelque chose qui nous donne toutes les possibilités »

« Par exemple, pour la téléalarme, je la conseille aux gens mais je ne sais pas à qui il faut faire la demande, vers qui m'adresser »

« Mettre un annuaire avec la liste des personnes ressources disponibles pour la personne âgée à domicile. Il y a eu à un moment, un document édité par le conseil général, mais il doit dater des années 2000, il n'y a pas de mise à jour. Et puis plus rien ».

« Il faut mettre un formulaire à adresser aux médecins pour savoir les aides disponibles ».

« Avoir un guide avec les numéros de téléphone, pour par exemple hospitaliser un malade sans passer par les urgences ».

DISCUSSION

I. INTÉRÊT GÉNÉRAL DU TRAVAIL

Martin WINCKLER cite dans son ouvrage « La crise de la médecine générale » [36] « Lorsque j'étais étudiant, l'un de mes livres de chevet était un essai de Norbert Bensaïd intitulé *La Consultation*. La première phrase était, de mémoire : « J'écris ce livre parce que la médecine générale est en crise et parce qu'elle risque de disparaître. » ...Ainsi, la médecine générale pourrait effectivement disparaître, pour des raisons parfaitement identifiables...La France ne procède cependant à aucun inventaire et préfère diminuer les crédits alloués à la santé, demandant aux professionnels d'en faire, plus avec moins. Les économies réalisées ne profitent nullement à la médecine générale. ».

Ainsi, la médecine générale en France est en crise.

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter. Nos aînés veulent rester chez eux le plus longtemps possible et y finir leur vie. Parfois, ils n'ont pas conscience des limites que leur imposent leurs maladies et des problèmes que pose leur maintien à domicile. C'est le rôle du médecin traitant de respecter au mieux leur choix et de mettre en place tous les moyens pour un maintien à domicile de qualité. Il doit également coordonner toutes les aides nécessaires.

Parallèlement, le médecin généraliste est débordé par les démarches administratives (dossier MDPH, ALD, APA, arrêt de travail...), les visites à domicile et en EHPAD, les problèmes sociaux des patients, en plus de ses propres consultations.

Il est important de connaître les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prise en charge des personnes âgées à domicile pour en trouver les solutions. De plus, il faut connaître les réseaux de gériatrie et leur apport, auprès des médecins généralistes, pour optimiser le rôle de ces derniers, dans la prise en charge globale de nos seniors.

Ce travail se retrouve dans la continuité de la thèse de médecine générale du Dr COTTON S. portant sur « Les besoins et attentes des médecins généralistes en matière de prise en charge des consultations complexes et/ou chronophages dans un quartier de la ville de Nice en vue d'adapter une plateforme polyvalente de services dédiée à la médecine générale » [6].

Une plateforme territoriale de services, à guichet unique, dédiée à la personne âgée, trouve sa justification dans le contexte actuel de crise et répond aux instances actuelles d'aide à la coordination des soins et au décloisonnement de la médecine générale.

Depuis ce travail de thèse, la plateforme C3S était créée.

L'enjeu actuel de notre étude est d'aider le médecin généraliste dans la gestion des cas de maintien à domicile des patients âgés, situation qui peut être chronophage et parfois complexe. Pour cela, il est indispensable d'établir un état des lieux des différentes attentes des médecins généralistes, pour pouvoir répondre à leurs besoins et ainsi structurer l'offre proposée.

II. MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

Il s'agit, dans notre travail de thèse, d'une étude qualitative avec entretien direct des médecins généralistes.

Le point fort de cette étude qualitative est sa démarche interprétative : l'analyse était faite de façon concomitante au recueil des données, ce qui permet une richesse et une pertinence des données recueillies, avec un aller-retour permanent entre le recueil et l'analyse.

Nous n'avons pas utilisé d'analyse qualitative informatisée mais une analyse manuelle. En effet, il existe le logiciel informatique NVivo, d'aide à l'analyse qualitative, mais par manque de temps et d'expérience sur ce logiciel, nous avons préféré utiliser la méthode « manuelle».

Les entretiens étaient lus avec la plus grande attention, les thèmes d'analyse étaient clairement identifiés et les idées rapportées par les médecins étaient retranscrites le plus fidèlement possible.

La grande difficulté dans la réalisation de l'étude est l'éloignement géographique du thésard, pour des raisons personnelles et professionnelles.

Ainsi, tous les entretiens étaient réalisés par téléphone, par la même personne.

La promesse de ne pas dépasser une dizaine de minutes, lors des entretiens téléphoniques de présentation de l'étude, a facilité l'inclusion des médecins participants.

Aucun des médecins contactés n'avait refusé l'entretien et aucun n'a déclaré clairement ne pas souhaiter s'exprimer sur ce sujet.

Les conversations téléphoniques étaient mises sur haut-parleur et enregistrées simultanément par un autre téléphone, d'où la mauvaise qualité audio.

On ne pouvait pas voir les expressions des visages des médecins, leurs mimiques, mécontentements ou ambivalences. On s'était contenté d'analyser leurs paroles.

Tous les entretiens étaient exploités dans leur intégralité, la qualité de leur contenu dépendant également de l'investissement du médecin interrogé dans la discussion.

L'aisance de l'interviewer et la qualité des entretiens réalisés s'étaient améliorées au fur et à mesure de leur réalisation.

Nous avons préféré réaliser des entretiens individuels semi-directifs et non en groupe, car cela nous avait semblé être la méthode qualitative la plus adaptée à notre travail ; ce qui avait permis de créer un climat de bienveillance et d'empathie entre l'enquêteur et l'enquêté et d'enrichir le recueil de données. L'entretien semi-directif, nous avait permis d'associer à la fois une liberté de parole du médecin interrogé et un cadre de discussion pour nous guider dans notre analyse des données.

L'utilisation d'une grille de questions ouvertes préétablies avait permis de créer un canevas d'entretien reprenant les principaux thèmes à aborder. Les questions de relance avaient permis de développer des points importants non développés spontanément.

Cependant, ce canevas restait souple et pouvait s'adapter au cours de l'entretien.

Les entretiens menés par la même personne, en suivant un canevas préétabli, avaient permis une bonne reproductibilité et une bonne validité du travail, mais cela pouvait également entraîner un biais d'investigation. En effet, la manière qu'avait l'interviewer d'interroger les médecins pouvait influencer leur discours et le recueil des données.

Nous avons réalisé l'analyse avec le plus grand souci d'objectivité. Cependant, ces entretiens s'intégrant dans une démarche de recherche qualitative, il nous était difficile de pouvoir assurer l'absence totale d'interprétation de certaines données, en rapport avec la personnalité et les convictions de l'interviewer, ce qui constitue un biais d'interprétation.

III. RÉSULTATS OBTENUS AVEC REVUE DE LA LITTÉRATURE

❖ Nous avons noté, dans notre analyse, une influence des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins participants, essentiellement le nombre d'années d'installation ou de remplacement.

En effet, 28% des médecins participants ne connaissaient pas les réseaux de gériatrie de la ville de Nice, dont 4 jeunes médecins remplaçants et 3 médecins installés depuis 20, 22 et 24 ans.

Ceci peut être expliqué ainsi :

- Les jeunes médecins remplaçants n'avaient pas eu l'occasion de connaître cette plateforme, nouvellement créée, car ils n'avaient pas bénéficié de stage en gériatrie ou d'information sur cette structure.
- Les médecins installés depuis plusieurs années, avaient déjà leur propre réseau de professionnel de proximité, aidant au maintien à domicile de leurs patients âgés, avec une organisation bien rodée, donc ils n'avaient pas cherché à connaître d'autres réseaux.

Cependant, d'autres médecins installés depuis plus longtemps connaissaient les réseaux de gériatrie, de part la forte proportion de personnes âgées dans leur patientèle, donc ils s'étaient informés sur toutes les aides disponibles, ou du fait de leur travail en EHPAD en tant que médecin coordonnateur.

Une partie des jeunes médecins remplaçants connaissait les réseaux de gériatrie, ces médecins avaient eu l'occasion de les côtoyer durant leur stage d'internat (gériatrie) ou durant leur formation à la faculté (GEASP).

Enfin, une dernière partie des médecins remplaçants ne sollicitait pas ces réseaux lors des remplacements (qu'ils connaissent le réseau gériatrique ou non). Ces médecins intervenaient souvent dans des situations d'urgence et préféraient laisser au médecin traitant remplacé la logistique du maintien à domicile.

On peut ainsi classer les médecins participants en 3 populations :

1. Des médecins qui méconnaissent le réseau de gériatrie et qui travaillent avec leur propre réseau de professionnel du quartier, entre IDE et assistantes sociales, pour maintenir leurs patients âgés à domicile ;

2. Des médecins qui connaissent le réseau de gériatrie et qui le sollicitent pour des cas complexes ou pour la mise en place initiale de toutes les aides nécessaires au domicile ;
3. Des médecins qui connaissent les réseaux de gériatrie mais ne les sollicitaient pas.

Donc, le premier souhait des médecins participants est de faire plébisciter cette plateforme gériatrique pour la rendre plus visible et plus accessible aux médecins généralistes, aux professionnels de santé et aux familles. Ceci peut être effectué par des campagnes publicitaires, des courriers informatifs, les médias ou encore l'inclure dans les lieux de stage obligatoire sur la ville de Nice.

❖ L'étude montre, parallèlement, l'intérêt général que portent les médecins participants, au maintien à domicile des personnes âgées. En effet, ils le prônent tous « Parce qu'on ne peut pas toujours l'envoyer à l'hôpital (le patient), le but c'est de quand même le maintenir à la maison. De toute façon parfois, il refuse d'y aller ».

❖ L'analyse des données des entretiens montre qu'il y a souvent des difficultés rencontrées et un malaise général lors du maintien à domicile d'une personne âgée, surtout lorsqu'elle est isolée :

- Le sentiment d'être accablé par les démarches administratives, au détriment de la prise en charge médicale ;
- Le temps nécessaire pour l'évaluation et la coordination du personnel autour de la personne âgée à domicile ;
- Le manque d'information sur les aides disponibles pour le maintien à domicile ;
- La difficulté à trouver les numéros de téléphone, utiles, à joindre en cas de problème.

C'est une prise en charge chronophage et complexe qui tient compte, non seulement des aspects médicaux, mais aussi des aspects sociaux et financiers.

Outre les contraintes administratives, le manque de coordination entre les différents professionnels de santé notamment hospitaliers, les médecins n'arrivent pas à contacter les différents acteurs du maintien à domicile, pour plusieurs raisons suggérées par les médecins interrogés :

- Soit parce que les horaires ne correspondent pas,
- Soit parce que le numéro de téléphone a changé,
- Soit parce que le bon interlocuteur est difficile à joindre, surtout en cas d'urgence.

Ces difficultés constituent même un frein à l'installation de jeune médecin en libéral.

Le réseau de gériologie peut répondre aux attentes des médecins par :

- Une aide et un gain de temps dans la gestion des démarches administratives,
- Une amélioration de la coordination entre les différents intervenants dans le cadre du maintien à domicile ;
- La création d'une plateforme téléphonique, à numéro d'appel unique, aux horaires flexibles, disponible 24h/24 et 7 jours/7, centralisant tous les appels et toutes les demandes d'aide ou d'intervention en cas de situation complexe.

Le réseau de gériologie peut aider le médecin généraliste en lui fournissant un guide ou un annuaire des téléphones utiles, remis à jour, avec les coordonnées des professionnels du maintien à domicile et en lui offrant des services de maintien à domicile.

Il peut également aider en fournissant un guide détaillé spécifique à chaque patient pris en charge (le nom de l'aidant, celui de l'infirmière à contacter, celui du tuteur légal et celui du numéro de l'ambulance...).

Le réseau de gériologie met à la disposition du médecin traitant une équipe multidisciplinaire dont un gériatre, qui accepte de se déplacer au domicile des patients, ce qui permet une évaluation globale.

Cependant, il faut penser à mettre plus de personnel au sein de l'équipe du réseau de gériologie, pour qu'il puisse drainer toutes les demandes et être plus rapide et plus efficace afin de débloquer la situation des personnes âgées à domicile ; ceci évitera un recours à des séjours hospitaliers, dans l'attente de la mise en place des aides.

Un autre souhait des médecins participants : garder des lits d'hospitalisation pour les patients suivis par le réseau, pour éviter le passage inutile de la personne âgée au service d'accueil des urgences.

❖ Il faut également dissiper un malentendu :

- Le réseau de gériologie met en place les infirmières libérales du secteur et laisse les infirmières déjà en place à domicile. Les infirmières du réseau sont des infirmières coordinatrices des soins.
- Le réseau n'a pas, dans sa structure, des médecins généralistes pour détourner les patients.

❖ Enfin, tous les médecins participants s'accordent pour dire qu'il faut améliorer le maintien à domicile des personnes âgées, en améliorant leur qualité de vie et leur bien-être. Ceci passe par la lutte contre l'isolement (le sentiment de solitude) et l'accord de plus de moyens financiers pour mettre plus de passage d'auxiliaire de vie, pour mettre une assistance lors des repas, pour multiplier les accueils de jour et mettre des gardes malades la nuit afin de pérenniser la maintien à domicile.

La revue de la littérature retrouve les mêmes difficultés rencontrées par les médecins traitants, lors de la prise en charge ambulatoire et du maintien à domicile des personnes âgées, dans deux thèses de médecine générale celle du Dr LUU S.C [22] et celle du Dr RAJEMISA G. [30]. Ces difficultés peuvent être classés en deux groupes : les facteurs liés au médecin traitant et à l'organisation du système de soin et ceux liés au patient et à son environnement. Ces facteurs sont les suivants :

- Le temps accordé aux patients en fonction de leurs pathologies (patient polyhandicapé ou polypathologique, patient dément avec des troubles cognitifs, patient en fin de vie, complication aigue) ;
- Nécessité d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la personne âgée, avec une prise en compte des aspects psychologiques et sociaux ;
- L'isolement, l'absence d'aidant principal, l'épuisement de l'aidant ;
- Le manque de personnel paramédical (le manque d'infirmière, d'aide soignante, d'auxiliaire de vie et de kinésithérapeute à domicile) ;
- L'habitat non adapté ;
- Le manque de ressources financières ;
- Le manque d'information et de formation.

Lors de ces travaux de thèse, tous les médecins interrogés confirmaient avoir rencontré une ou plusieurs difficultés lors du maintien à domicile [22]. Au premier rang de ces difficultés : le temps nécessaire à consacrer au patient (la rédaction de l'ordonnance, l'organisation de la coordination avec le personnel paramédical, l'infirmière, le laboratoire, le kinésithérapeute, la famille...). Par la suite, intervient l'obligation de poser le problème des ressources financières de la personne âgée, souvent déterminant pour le maintien à domicile.

De même, un des obstacles majeurs qui revient est la survenue d'une complication aigue sur une pathologie chronique : une situation qui vient rompre un équilibre fragile et impose souvent l'hospitalisation.

Sur un autre travail, l'enquête URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) portant sur la perte d'autonomie, réalisée en île de France, auprès de 15 000 médecins généralistes et spécialistes franciliens (résultats de mai 2004) [16] : Les conclusions ont relevé les problèmes rencontrés par les médecins face à ces patients âgés à domicile.

Les médecins généralistes sont plus nombreux à éprouver des difficultés, comparés aux médecins spécialistes.

Les principales difficultés rencontrées sont:

- Le manque de services de soins à domicile 59,2% ;
- Le manque de structures d'hébergement non hospitalières 52% ;
- Le manque de structures hospitalières adaptées à la personne âgée 49,7% ;
- L'absence d'aide 46,9% ;
- Les difficultés administratives 43,4% ;
- Les difficultés financières 41,9% ;
- Les difficultés d'orientation vers une structure adaptée 46,7% ;
- Les difficultés à évaluer la perte d'autonomie : 20% (par manque de temps pour effectuer l'évaluation, par manque de connaissance ou de formation) ;
- La difficulté à interroger le patient.

Le malaise, lors de la prise en charge à domicile des personnes âgées, est donc général.

Par ailleurs, la prise en charge par le réseau de gériatrie peut avoir des bénéfices secondaires, en améliorant la santé des personnes âgées suivies à domicile : comme le montre cette étude rétrospective et descriptive, portant sur 120 patients inclus sur une période de 6 mois au sein du réseau CRONOSS 06, avec leurs évolutions sur deux années [4]. Le but de cette étude était de démontrer, à partir des différents résultats, l'apport de la prise en charge par le réseau CRONOSS 06 sur l'état de santé du patient âgé. La prise en charge par le réseau de gériatrie a eu des bénéfices sur différents domaines :

- Les fonctions cognitives avec stabilisation voire amélioration des scores MMSE ;
- L'état nutritionnel avec amélioration de la grille MNA ;
- Une meilleure prise en charge de la douleur ;
- La stabilisation de la perte d'autonomie ;
- La prévention du risque de chutes avec moins de chutes constatées sur la période de l'étude.

L'étude réalisée par MANENT M. et PROTAT V. [23], en 2011, regroupe une revue de la littérature des facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD. Cette étude a permis la construction d'un tableau (Tableau 8) où ont été identifiés les facteurs rendant le maintien à domicile plus complexe.

Tableau 6:

Liste des facteurs prédisposant et déclenchant l'entrée en EHPAD, retrouvés dans la littérature.

	<i>Situations préexistantes</i>	<i>Facteurs déclenchants</i>
<i>Liés à la personne</i>	âge	Choix de la personne
	Santé perçue diminuée	Un accident de santé (chute)
	Célibat ou veuvage	Défaut du réseau d'aide, naturel ou professionnel
	Vie en couple	Le moment du veuvage
	Altération des fonctions cognitives	Fugues, non reconnaissance de l'aidant, troubles du comportement
	Incapacité pour les actes de la vie quotidienne	Chutes
	Pathologies jugées sévères avec soins médicaux importants	Dégradation brutale de l'état de santé
<i>Liés à l'environnement</i>	Antécédent d'hospitalisation ou d'institutionnalisation	
	Aidant informel unique	Défaillance de l'aidant principal
	Nature du réseau social	Présence de services professionnels à domicile, signalement et décision de professionnels
	Lieu de vie (urbain ou rural)	Aggravation de l'isolement, difficulté aux déplacements
	Utilisation d'hébergement temporaire	Décision de la famille
	Intention de la famille	Décision de la famille
	Inadaptation de l'environnement du logement	Dégradation de l'état du logement
	Niveau de revenus	Si ↗ : facilitation de la décision Si ↘ : maintien à domicile trop onéreux

Les facteurs ci-dessus, conjugués à la baisse des performances cognitives et à leurs retentissements, peuvent entraîner l'entrée en EHPAD.

La prévention de ces facteurs, par l'anticipation en amont des aides nécessaires, peut faire pérenniser le maintien à domicile et/ou retarder le moment de l'admission en EHPAD.

Les circonstances qui entourent l'entrée en établissement relèvent d'une «alchimie» complexe entre l'état de santé de la personne âgée et les facteurs de risque déclenchants.

La question du maintien à domicile des personnes âgées est importante, au vu de ces nombreux enjeux. Les solutions du maintien à domicile passent par :

1. Le développement des réseaux de gérontologie :

Ce concept nouveau, mis en place récemment, semble être une très bonne réponse aux besoins ; c'est avantageux pour la personne âgée fragile et pour tous les professionnels intervenants.

Le réseau est une pierre angulaire dans le maintien à domicile. Sa mission est l'amélioration de la qualité de la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées, en situation de polyopathie, de rupture socio-sanitaire ou atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées. Ceci passe par l'organisation d'une réponse globale et personnalisée (évaluation gérontologique, plan personnalisé et suivi régulier) et par le développement de la coordination entre les différents acteurs de santé.

Cette étude a permis de montrer la richesse des actions du réseau de gérontologie. La dépendance et ses facteurs de risque, les facteurs précipitant et ceux prédisposant à l'entrée en EHPAD, sont mieux appréhendés et mieux gérés, avec un retentissement bénéfique sur l'état d'autonomie.

2. Le développement, au sein du réseau, de la mise en place de professionnels spécialisés dans le maintien à domicile.

3. La formation :

Il faut poursuivre, sans relâche, le travail de formation et d'information auprès des médecins, des familles et des autres intervenants. La formation transversale au sein du réseau peut se montrer bénéfique. La formation précoce et continue du médecin est indispensable.

Le maintien à domicile des personnes âgées est l'affaire de tous ; Il faut connaître toutes les ressources disponibles pour que celui-ci se fasse dans des conditions optimales. Le réseau de gériatrie constitue l'une de ces ressources, qu'on peut solliciter en cas de situation complexe.

D'un autre côté, pour parvenir à optimiser et à diminuer notablement le recours à l'institutionnalisation ou à l'hospitalisation qui sont trop onéreuses, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) offrent des possibilités intéressantes, tout en maîtrisant les coûts.

Toutes ces problématiques de sécurisation, de communication, de maintien du lien social avec la limitation du sentiment de solitude qui entravent aujourd'hui grandement le maintien à domicile, sont directement ciblées par le déploiement d'intervenants médico-sociaux. Ceux-ci sont réunis au sein des réseaux de gériatrie, assistés dans le futur par les nouvelles technologies de télésurveillance, de partage de l'information et de prévention qui mobilisent activement, industriels, chercheurs et politiques, pour rendre leur utilisation rapidement opérationnelle.

En tenant compte des enjeux qui sont considérables, il est donc raisonnable d'affirmer que la prise en charge de tous les éléments nécessaires à étendre les possibilités de maintien à domicile, de façon optimisée, sera grandement améliorée par ces gérontechnologies et ce, dans un avenir très proche.

L'éthique du maintien à domicile est aussi l'art de protéger, soulager, soigner, accompagner et faire vivre chez elle une personne âgée qui le souhaite de manière éclairée...Cependant, les chances et l'opportunité de ce maintien ne doivent pas masquer la perte des chances que pourraient offrir une hospitalisation ou une entrée en institution bien préparée.

En conclusion, émettons le vœu, que la formation de nos jeunes médecins en gériatrie soit renforcée.

CONCLUSION

La prise en charge ambulatoire d'une personne âgée n'est pas facile. Elle est même compliquée parce qu'elle est nécessairement globale et qu'elle soulève des questions d'ordre relationnel et éthique. A ces difficultés s'ajoutent l'ambivalence du patient âgé, celle de l'aidant et celle du médecin généraliste.

Après avoir exercé 3 ans en médecine générale, m'être beaucoup intéressée à la gériatrie lors de mes stages en services hospitaliers, en EHPAD et lors de mes remplacements en médecine libérale, puis avoir approfondi mes connaissances dans le cadre de la capacité de gériatrie, je me suis rendue compte de la difficulté de la prise en charge des patients âgés fragiles.

Toutes ces considérations m'ont conduite à m'interroger quant à la démarche de qualité qu'il conviendrait de suivre pour gérer au mieux ces patients.

A ce titre, mes recherches m'ont amenée à travailler au sein du réseau gériatrique de CRONOS 06. Il m'a semblé que le regroupement des professionnels en réseau est un facteur d'une meilleure prise en charge. Les solutions apportées aux patients et l'aide proposée aux médecins généralistes m'ont semblé très satisfaisantes. C'est, à mon sens, une voie originale, efficace et productive.

Certes plusieurs réseaux explorant de nombreux domaines spécialisés sont déjà proposés au médecin généraliste. Mais, à l'heure où la médecine générale et la gériatrie deviennent des spécialités reconnues à part entière, le réseau gériatrique se montre original, pertinent, utile et formateur.

La prise en charge de la personne âgée est guidée par l'idée de la maintenir le plus longtemps possible chez elle. Cela oblige le médecin à privilégier la qualité de vie du patient et à en faire un premier objectif de prise en charge. Pour réaliser cet objectif, les généralistes et les réseaux gériatriques s'accordent à donner autant d'importance à la prise en charge globale des personnes âgées, aussi bien sur le plan social, que financier et psychologique.

Il est donc indispensable de connaître et de reconnaître les capacités de tous les acteurs autour du patient âgé fragile ; ceci en prenant du temps pour la coordination, l'établissement d'un projet de soin concerté et l'évaluation des résultats voire l'auto évaluation des pratiques.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les pratiques des médecins généralistes lors du maintien à domicile de leurs patients âgés, mais aussi leurs difficultés, leurs besoins

et leurs attentes concernant cette pratique. Des difficultés en rapport avec le manque de temps et le défaut de coordination entre les différents acteurs sanitaires du maintien à domicile ont été relevées.

Des propositions ont été faites pour avoir une meilleure visibilité des réseaux de gériatrie. Il faut mettre en place une plateforme avec un numéro d'appel unique pour renseigner les médecins traitants. Il faut créer un annuaire de toutes les personnes ressources pour ces patients âgés à domicile et leurs familles. Il faut augmenter le nombre des réseaux pour avoir une présence plus importante des travailleurs sociaux auprès des personnes âgées.

Ainsi des problèmes transversaux subsistent, touchant aussi bien le biomédical et le social, aussi bien que le psychologique et l'administratif subsistent. Des demandes ont été formulées et des améliorations ont été suggérées, en espérant qu'elles soient toutes prises en compte.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **ARVEUX I., FAIVRE G., LENFANT L. et Coll.** : « Le sujet âgé fragile ». La Revue de Gériatrie 2002; Tome 27, n°7: pages 569-581.
- [2] **BALAS D.** : « Fragilité et avance en âge. Des bases fondamentales à la nécessaire évaluation pour assurer la prise en charge ». Hôpital de Cimiez, décembre 2014.
- [3] **BANET J.** : « Évaluation du profil pronostique gériatrique aux urgences chez les personnes âgées de 70 ans et plus ». Thèse de médecine générale. Université de Nancy.- 2007.
- [4] **BEN SAAD N.** : « Maintien à domicile du sujet âgé et apport du réseau CRONOSS 06 ». Mémoire de capacité de gérontologie. Université de Nice-Sophia-Antipolis, Faculté de Médecine - 2013.
- [5] **BLANCHET A., GOTMAN A.** : « L'enquête et ses méthodes : l'entretien ». Édition ARMAND COLIN Paris. 1992, 126 pages. ISBN 2.09.190652-2.
- [6] **COTTON S.** : « Les besoins et attentes des médecins généralistes en matière de prise en charge des consultations complexes et / ou chronophages dans un quartier de la ville de Nice en vue d'adapter une plateforme polyvalente de services dédiée à la médecine générale ». Thèse de médecine générale. Faculté de Nice-Sophia-Antipolis - 2011. BU Médecine-Pasteur. Cote 11NICEM052.
- [7] **DRAME M. et coll.** : « La fragilité du sujet âgé : Actualités – Perspectives ». Gériatrie et société, 2004/2 - n° 109. Pages 31 à 45.
- [8] **DURAND N., LANNELONGUE C., LEGRAND P. et coll** : « Hospitalisation à domicile (HAD) ». Inspection générale des affaires sociales RM 2010 - Tome I - 109 pages – Rapport définitif– Novembre 2010 sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000664.pdf>.
- [9] **EGHBAL S., MAKDESSI Y.**: Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009. DREES n° 26 – Septembre 2011 sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-estimations-gir-dans-les-enquetes-handicap-sante-2008-2009,9537.html>.

- [10] **GARNIER J.P., GOURHEUX J.C., LUSSAULT P.Y. et coll.** : « La prise en charge en médecine de ville des patients handicapés : Résultats d'une enquête auprès de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur ». Ors Paca Inserm Unité 379/N°6. Mars 2005.
- [11] **GARRIGUESPY C.** : « Guide pratique du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, pour le médecin généraliste en Haute-Garonne ». Thèse de médecine générale. Université de Toulouse 3 Paul Sabotier, 2004. Consultée le 23/09/14.
- [12] **GAUTHIER P.** : Bulletin officiel n°2000-25. Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination. Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005.
- [13] **GOMAS J.M.** : Manuel des soins palliatifs. Edition Privat Dunod; 1995, 240 pages.
- [14] **HAS** : « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? Points clés, solutions et organisation des parcours ». Juin 2013 sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf.
- [15] **HAS** : « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée ». Recommandations professionnelles, avril 2007 sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf.
- [16] **HUGUET V.** : « Enquête perte d'autonomie ». Commission Exercice à Domicile. Mai 2004. Union Régionale des Médecins libéraux d'Ile de France (URML). http://urml-idf.org/upload/etudes/etude_041206.pdf
- [17] **INSEE** : Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2012, France métropolitaine. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donneesdetaillees/bilan-demo/pop_age2.htm
- [18] **INSEE** : Rapport d'étude n°26 - Alpes Maritimes Provence-Alpes-Côte-D'azur. Vers une stabilisation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020. Juin 2009. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/provence/themes/rapport/re26/re26.pdf

[19] **KAPSAMBELIS V.** « Cinquante ans après : La crise du secteur » dans CHILAND C. : « Le souci Humain: un défi pour la psychiatrie », Éditions Erès, 2010, ISBN 2749211859.

[20] **LE BOULER S., Commissariat Général du Plan** : « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes ». Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025. 100 pages, 2005. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000490/>.

[21] **Loi n°2015 - 1776** du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement sur <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&dateTexte=&categorieLien=id>.

[22] **LUU Say-Chong** : « Obstacles à la prise en charge ambulatoire du sujet âgé ». Thèse de médecine générale. Université de Paris Diderot 7, 2010. Consultée le 24/09/2014.

[23] **MANENT M., PROTAT V.** : « Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD : État de la connaissance bibliographique et situation en Languedoc Roussillon ». Article publié par l'ARS - Conseil Expertise Formation Gériatrie et Handicap_(Géronto-Clef). Février 2011.

[24] **MERET T., FLOCCIA M.** : « La personne démente à domicile ». Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, Vol 3, pages 14-25. Supplément 1, 2005.

[25] **MERIAU H.** : « La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant ». Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophonie – Université de Pierre et Marie Curie, 2013.

[26] **Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale.** « Guide de l'aidant familial » - 3ème édition. Paris, 2007.

[27] **Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale** : Solidarité, Établissements Sociaux et Médico-sociaux. Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). http://www.cnsa.fr/documentation/cahier_des_charges_maia_15nov11.pdf.

[28] **PRADIER C., GUENNOUN M.** : « Centre de soutien santé social : une plateforme de coordination des soins et services pour les malades chroniques ». 2013. http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/C3S_GR_Quebec_2013.pdf.

[29] Présentation de la Plateforme C3S : Centre de Soutien Santé Social.

http://www.institut-claude-pompidou.fr/sites/default/files/plaquette_c3s.pdf.

[30] RAJEMISA G. : « Les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées ». Thèse de médecine générale. Université Paris 7. Septembre 2011. Consultée en ligne le 23/09/14.

[31] ROBERT-BOBEE I. : « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit », *Insee Première*, n°1089, juillet 2006.

[32] TRAN A. et coll. : « Déficit visuel chez les sujets âgés chuteurs ». *Journal Français d'Ophtalmologie*. Volume 34, n° 10, décembre 2011, pages 723-728.

[33] VAN ROEKEGHEM F. : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2014. Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014 ; CPAM 11 Juillet 2013. Pages 19-20-37.

[34] VAN ROEKEGHEM F., PODEUR A. : Bulletin officiel du 15 juin 2007. Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière gériatrique.

[35] VOUAUX V. : « Maintien à domicile impossible: Anticiper la situation des personnes âgées en ambulatoire : Étude analytique de 10 cas au Centre Hospitalier de Lunéville ». Thèse de médecine générale. Université de Nancy - octobre 2010. Consultée en ligne le 01/09/14.

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_VOUAUX_VANESSA.pdf

[36] WINCKER M. : « La crise de la médecine générale ». *Les Tribunes de la santé* 1 - 2009, n°22, pages 67-74.

Liste des tableaux et figures :

Tableau 1 : Répartition par âge des personnes dépendantes au sens de l'APA vivant en logement ordinaire.

Tableau 2 : Effectif par estimation-GIR et lieu de vie (effectifs pondérés).

Tableau 3 : Signes cliniques, physiques et psychoaffectifs de la fragilité.

Tableau 4 : Données sociodémographiques des médecins participants.

Tableau 5 : Données statistiques sur les pratiques des médecins vis-à-vis des réseaux de gériatrie.

Tableau 6 : Liste des facteurs prédisposants et déclenchants l'entrée en EHPAD, retrouvés dans la littérature.

Figure 1 : Les 5 risques majeurs aboutissant à la perte d'autonomie.

Figure 2 : La plateforme C3S.

ANNEXE

GUIDE DES ENTRETIENS

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Bonjour, je me présente, je suis Nadia BEN SAAD, interne de Médecine Générale en DES 3 à la faculté de Nice. Dans le cadre de mon projet de thèse de fin d'études, je réalise un entretien téléphonique sur la prise en charge et le maintien à domicile des patients âgés sur la ville de Nice et plus précisément, sur les pratiques des médecins généralistes et l'apport que pourraient avoir les réseaux de gérontologie, auprès des médecins, pour optimiser ce maintien.

JUSTIFICATION

Comme tous les médecins de la ville de Nice, vous êtes amené à gérer des personnes âgées à domicile, en plus de la gestion des arrêts de travail, des protocoles de soins, des renouvellements des ALD...etc. Tout ceci est très chronophage. De plus, ces personnes âgées sont souvent polypathologiques, fragiles, de surcroît isolées et avec peu de ressources.

Le médecin traitant est souvent le seul référent, il doit coordonner tous les intervenants autour de ce patient âgé et ce à domicile.

Il s'agit, dans mon étude, de connaître les pratiques des médecins généralistes quant au maintien à domicile de leurs patients âgés pour pouvoir proposer par la suite des moyens tendant à améliorer ce maintien et pour soulager le médecin traitant aussi.

MÉTHODE

Pour cela, je réalise un entretien téléphonique semi-dirigé, qui sera enregistré, après votre accord. Les données recueillies seront anonymes et utilisées juste dans le cadre de l'étude de ma thèse.

Alors, si vous êtes intéressé par ce travail, je vous laisse convenir d'un rendez-vous pour cet entretien téléphonique car je suis actuellement à l'étranger.

PREMIÈRE VERSION DE L'ENTRETIEN

- Âge.
- Sexe.
- Région d'exercice
- Nombre d'années d'installation (ou de remplacement).
- Cabinet de groupe ?
- Quelle est la proportion des personnes âgées dans votre patientèle ?

- Connaissez-vous le réseau de gérontologie de la ville de Nice (plateforme C3S)? Il a été créé après la fusion de CRONOSS 06 et les soins palliatifs de la ville de NICE? Savez-vous comment il fonctionne ?

- (C'est une équipe formée d'un médecin gériatre, d'une infirmière avec la participation de l'assistante sociale, pour organiser les aides à domicile)

- Vous avez déjà fait appel à eux pour l'un de vos patients ? oui / non - Quelle en est votre expérience- utilité ? Votre satisfaction ou les échos que vous en avez ?

- Comment procédez-vous dans le maintien à domicile de vos patients âgés (parfois isolés) ?
- Organiser le passage des IDE, Kiné, RDV chez le spécialiste et examens complémentaires. Gérer le transport en VSL ou en ambulance/ Téléalarme / livraison repas. A développer

- Avez-vous des difficultés dans l'organisation du MAD de vos patients âgés ? Rencontrez-vous des problèmes ? Cas concret

- Faites-vous l'évaluation gérontologique des patients âgés à domicile (grille MMSE, IADL, ADL, GIR...)? oui / non
- Quel temps y accordez-vous ?
- Sinon, à qui confiez-vous cette évaluation gérontologique (assistante sociale, HDJ gériatrie...) ?

- Vous pensez que ce réseau de gérontologie apporte des choses au maintien à domicile ? A développer

- Auriez-vous des propositions pour améliorer les réseaux, afin de les rendre plus utiles ? A développer

- Selon votre expérience, comment optimiser le maintien à domicile ? A développer
Quels outils vous voudrez avoir à disposition pour améliorer le maintien à domicile et vous soulagez dans cette tâche ?

Notre entretien touche à sa fin, avez-vous d'autres commentaires ou des remarques ?

En tout cas, je vous remercie pour votre temps et votre disponibilité.

DEUXIÈME VERSION DE L'ENTRETIEN

- 1- Âge
- 2- Sexe
- 3- Région d'exercice
- 4- Nombre d'années d'installation (ou de remplacement)
- 5- Cabinet de groupe ?
- 6- Quelle est la proportion des personnes âgées dans votre patientèle ?
- 7- Comment procédez-vous dans le maintien à domicile de vos patients âgés (parfois isolés) ?
Organiser le passage des IDE, Kiné, RDV chez le spécialiste et examens complémentaires.
Gérer le transport en VSL ou en ambulance/ Téléalarme / livraison repas. A développer
- 8- Avez-vous des difficultés dans l'organisation du MAD de vos patients âgés ?
rencontrez-vous des problèmes ? Cas concret
- 9- Faites-vous l'évaluation gériatrique des patients âgés à domicile (grille MMSE, IADL, ADL, GIR...)? oui / non
Quel temps y accordez-vous ?
Sinon, à qui confiez-vous cette évaluation gériatrique (assistante sociale, HDJ gériatrie...) ?
- 10- Connaissez-vous le réseau de gériatrie de la ville de Nice (plateforme C3S)? Il a été créé après la fusion de CRONOSS 06 et les soins palliatifs de la ville de NICE?
Savez-vous comment il fonctionne ?
(C'est une équipe formée d'un médecin gériatre, d'une infirmière avec la participation de l'assistante sociale, pour organiser les aides à domicile)

11- Vous avez déjà fait appel à eux pour l'un de vos patients ? oui / non - Quelle en est votre expérience- utilité ? Votre satisfaction ou les échos que vous en avez ?

12- Vous pensez que ce réseau de gérontologie apporte des choses au maintien à domicile ? A développer

13- Auriez-vous des propositions pour améliorer les réseaux, afin de les rendre plus utiles ? A développer

14- Selon votre expérience, comment optimiser le maintien à domicile ? A développer
Quels outils vous voudrez avoir à disposition pour améliorer le maintien à domicile et vous soulagez dans cette tâche..

Notre entretien touche à sa fin, avez-vous d'autres commentaires ou des remarques ?

En tout cas, je vous remercie pour votre temps et votre disponibilité. Bonne journée.

COORDONNÉES DES STRUCTURES POUVANT AIDER À LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT À DOMICILE

http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Coordonnees_des_structures_pouvant_aider_a_la_prise_en_charge_du_patient_a_domicile.pdf

Le Centre de Soutien Santé Social (C3S)

Tél.: 04 92 00 02 03 Fax : 04 22 13 10 21 contact@plateforme-c3s.org

Institut Claude POMPIDOU : Maladie d'ALZHEIMER tél 04 83 32 25 60

Centre mémoire, Accueil temporaire, HDJ, EHPAD (72 lits)

Hospitalisation à domicile

Nice et région 04 97 25 77 77

Département douleur soins palliatifs

Centre Antoine LACASSAGNE Nice : 04 92 03 15 46

CHU Nice Équipe mobile SP Adultes Secrétariat 04 92 03 55 18 IDE : 04 92 03 55 22/23

Fax : 04 92 03 59 02

CHU Nice Équipe mobile de SP Pédiatrie tel 04 92 03 59 26/06 38 75 44 58

fax 04 92 03 59 02

Unité soins palliatifs L'ARCHET 04 92 03 62 86/ IDE 04 92 03 59 00

Lits identifiés en Soins palliatifs :

Clinique Saint Dominique Tél 04 92 07 57 57 www.saintdo.com

Clinique L'Oliveraie des Cayrons Tél: 08 26 10 54 00 Fax : 04 92 11 29 00

loliveraiedescayrons@orpea.net

Soins à domicile (Nursing)

- S.S.I.A.D. ASCAIDE NICE - 06000 NICE 04 97 11 70 72
- S.S.I.A.D. POUR PERSONNES AGEES DE NICE PASTEUR - 06000 NICE 04 93 13 51 00
- S.S.I.A.D. (U.D.M.F) - 06000 NICE 04 93 87 86 60
- S.S.I.A.D. DE NICE - 06000 NICE 04 93 53 02 79
- S.S.I.A.D. NICE OUEST DU C.C.A.S. - 06200 NICE 04 97 11 40 70
- S.S.I.A.D. SUD SERVICES - 06200 NICE 04 92 10 83 29
- S.S.I.A.D. DE L'A.D.M.R. DE NICE - 06301 NICE 04 97 11 87 11
- S.S.I.A.D. UDMF DRAP - 06340 LA TRINITE 04 93 54 39 13

Direction du Service d'Information et d'Accompagnement des Seniors (SSIAS)

6 Avenue Félix Faure - 06000 NICE Tél. : 04 93 13 51 18 – Fax : 04 93 13 52 89

SIAS- CENTRE 6, Avenue Félix Faure - 06000 NICE Tél. : 04.93.13.51.71

SIAS- NORD 64, Avenue Cyrille Besset - 06100 NICE Tél. : 04 92 07 56 95

SIAS- OUEST 2 bis, Avenue du Petit Fabron - 06200 NICE Tél. : 04 97 11 40 70

SIAS- EST 4, rue Maryse CARLIN - 06300 NICE Tél. : 04 92 12 53 61

Centre communal d'action sociale de Nice (CCAS)

N° standard 04 93 13 51 99 dg@ggas-nice.fr

Site de saint François de Paule : 11, rue Saint-François de Paule - 06300 – NICE (3ème étage) Téléphone : 04.93.13.52.12 Télécopie : 04.93.13.52.21

Site de Denis Semeria 52, avenue Denis Séméria - 06300 – NICE Téléphone : 04.92.00.15.33 Télécopie : 04.92.00.15.39

Centre social de l'Ariane : Villa l'Ecuyer, Chemin du Val de l'Ariane – 06300 - NICE
Téléphone : 04.93.27.03.54 Télécopie : 04 93 27.04.63

Site de Fabron Nice ouest 2, bis avenue du Petit Fabron - 06200 – NICE Téléphone : 04.97.11.40.55 Télécopie : 04.97.11.40.59

Site de Gambetta Nice nord 141 boulevard Gambetta - 06000 – NICE Téléphone : 04 93 97 93 23 Télécopie : 04 93 97 93 24

www.cg06.fr

Téléalarme : <http://www.mairie.com/teleassistance/nice-06.html>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.*

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;
que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Maintien à domicile du sujet âgé : Pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gériologie.

CONTEXTE

La population française vieillit. Le maintien à domicile devient primordial pour les personnes âgées. Cependant, cette population pose le problème de la prise en charge médico-sociale et le médecin traitant doit coordonner tous les intervenants autour de ce maintien.

OBJECTIFS

Identifier les pratiques des médecins généralistes lors du maintien à domicile des patients âgés et l'apport des réseaux de gériologie.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes de la ville Nice sur la base d'entretien individuel semi-dirigé. L'étude explore cinq axes : Les pratiques des médecins généralistes dans la cadre du maintien à domicile d'un patient âgé, les difficultés rencontrées dans ce domaine, l'apport des réseaux de gériologie et les solutions pour améliorer les réseaux de gériologie et le maintien à domicile.

RÉSULTATS

25 médecins généralistes ont participé à l'étude. Le temps nécessaire pour l'organisation et la coordination des intervenants apparaît au premier plan, vient ensuite le manque de visibilité sur les moyens disponibles d'aide au maintien à domicile, notamment les réseaux de gériologie.

DISCUSSION

Les problèmes transversaux touchant le social, le psychologique et l'administratif subsistent. Des propositions d'amélioration ont été suggérées, particulièrement pour améliorer la collaboration entre les différents acteurs du maintien à domicile

Les réseaux de gériologie peuvent apporter une aide considérable aux médecins généralistes dans ce domaine.

CONCLUSION

La prise en charge de la personne âgée est guidée par l'idée du maintien à domicile. Pour réaliser cet objectif, les généralistes et les réseaux gériatriques s'accordent à donner autant d'importance à la prise en charge globale des personnes âgées, aussi bien sur le plan médical, que psychologique et social.

MOTS CLÉS

Personnes âgées, réseau gériatrique, maintien à domicile, fragilité, médecin généraliste, pratiques, coordination, plateforme.